

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΕΙΔΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ

**Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Συμβουλευτικής στην Ειδική Αγωγή, την
Εκπαίδευση και την Υγεία.**

Διπλωματική Εργασία

«Λειτουργία της Οικογένειας και Ατομική Ψυχοπαθολογία»

Φοιτήτρια: Κοσμά Στέλλα

ΑΜ: 55

Η Τριμελής Επιτροπή:

Επόπτρια
Καθ. Τσαμπαρλή Αναστασία
Μέλος
Αν.Καθ. Κλεφτάρας Γιώργος
Μέλος
Καθ. Βλάχου Αναστασία
Μέλος

ΒΟΛΟΣ 2014

Στον Γιάννη,

την Βιβή

και τον Βαγγέλη

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά την επιβλέπουσα της διπλωματικής μου, Καθηγήτρια Αναστασία Τσαμπαρλή, για την καθοδήγηση που μου προσέφερε καθώς και την στήριξη που μου παρείχε κατά την εκπόνηση της διπλωματικής μου εργασίας.

Ευχαριστίες, επίσης, θα ήθελα να απευθύνω και στον Dr. Δημήτριο Αδάμη, Ψυχίατρο και Ερευνητή για τις πολύτιμες επισημάνσεις και τα σχόλιά του.

Τέλος, ευχαριστώ όσους συμμετείχαν στην έρευνα αφιερώνοντας το χρόνο τους για τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων.

Στέλλα Κοσμά

Περίληψη: Η οικογένεια, ως ψυχολογικό σύστημα εξελισσόμενο μέσα σε έναν κύκλο ζωής, χρησιμοποιεί τρόπους προσαρμογής για να αντισταθεί στις αλλαγές που συντελούνται τόσο εντός της όσο και στο περιβάλλον της. Η δυσλειτουργία του ατόμου σε μία χρονική στιγμή του κύκλου ζωής της οικογένειας συνδέεται με την δυσλειτουργία της οικογένειας. Σκοπός της έρευνας αυτής είναι να μελετήσει την σχέση ανάμεσα στην ψυχοπαθολογία του ατόμου και την λειτουργία της οικογένειας σε υγιή πληθυσμό, μελετώντας όψεις της οικογενειακής λειτουργίας όπως αυτές εξετάζονται στο μοντέλο Mc Master. Σε ένα μη-κλινικό δείγμα 150 ελληνικών οικογενειών, καταδείχθηκε χαμηλότερη λειτουργικότητα των ατόμων με αντιλαμβανόμενη ψυχοπαθολογία σε όλες τις διαστάσεις συγκριτικά με άτομα χωρίς αντιλαμβανόμενη ψυχοπαθολογία. Συνεπώς, η αξιολόγηση μιας οικογένειας ως δυσλειτουργικής θα παραπέμπει στην ύπαρξη ψυχοπαθολογίας σε κάποιο-α από τα μέλη της.

Λέξεις κλειδιά: ψυχοπαθολογία, δυσλειτουργία, κύκλος ζωής, Mc Master, οικογένεια, συστημική θεωρία.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

A. ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ: ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Εισαγωγή	σελ. 7
1^ο Κεφάλαιο : Θεωρητικά Μοντέλα Οικογενειακής Θεραπείας	
.1.1. Το Ψυχοδυναμικό Μοντέλο	σελ. 10
.1.2. Το Εμπειρικό Μοντέλο	σελ. 11
.1.3. Το Διαγενεαλογικό Μοντέλο	σελ. 12
.1.4. Το Δομικό Μοντέλο	σελ. 13
.1.5. Το Στρατηγικό Μοντέλο	σελ. 14
.1.6. Το Γνωστικό Συμπεριφορικό Μοντέλο	σελ. 14
.1.7. Το Αφηγηματικό Μοντέλο	σελ. 15
.1.8. Η εξέλιξη της Οικογένειας: Το Μοντέλο του Κύκλου Ζωής της Οικογένειας	σελ. 16
2^ο Κεφάλαιο: Η οικογένεια ως σύστημα	
.2.1. Χαρακτηριστικά του οικογενειακού συστήματος	σελ. 19
.2.1.1. Ανοιχτά και κλειστά συστήματα	σελ. 20
.2.1.2. Υποσυστήματα	σελ. 20
.2.1.3. Δομή	σελ. 21
.2.1.4. Όρια	σελ. 21
.2.1.5. Κανόνες	σελ. 22
.2.1.6. Οργάνωση- Ολότητα	σελ. 22
.2.1.7. Ομοιόσταση- Ανατροφοδότηση	σελ. 22
.2.1.8. Οικογένεια και ευρύτερα συστήματα	σελ. 23
.2.1.9. Οικογενειακή προσαρμοστικότητα	σελ. 24
.2.1.10.Οικογενειακή συνοχή	σελ. 25
• 3^ο Κεφάλαιο: Οικογένεια και ψυχοπαθολογία	
.3.1. Η Λειτουργική / Δυσλειτουργική οικογένεια	σελ. 26
• 4^ο Κεφάλαιο: Η λειτουργία της οικογένειας σύμφωνα με το Μοντέλο Mc Master	
.4.1. Μοντέλο Mc Master	σελ. 30
.4.1.1 Επικοινωνία	σελ. 31
.4.1.2 Συναισθηματική ανταπόκριση	σελ. 32
.4.1.3 Συναισθηματική εμπλοκή	σελ. 33
.4.1.4 Έλεγχος συμπεριφοράς	σελ. 33
.4.1.5 Ρόλοι	σελ. 34
.4.1.6 Επίλυση προβλημάτων από την οικογένεια	σελ. 35
• 5^ο Κεφάλαιο: Η οικογένεια στην Ελλάδα σήμερα	σελ. 36

B. ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

6^ο Κεφάλαιο: Μεθοδολογία της έρευνας	
.6.1. Μέθοδος προσέγγισης	σελ. 37
.6.1.1 Μέσα συλλογής δεδομένων	σελ. 38
.6.1.2 Συμμετέχοντες-Διαδικασία	σελ. 41
• 7^ο Κεφάλαιο: Στατιστική Ανάλυση	σελ. 41
• 8^ο Κεφάλαιο: Αποτελέσματα	
.8.1.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά γονέων και παιδιών	σελ. 43
.8.1.2 Αξιολόγηση αντιλαμβανόμενης ψυχοπαθολογίας γονέων και παιδιών	σελ. 48
.8.1.3. Περιπτώσεις ψυχοπαθολογίας ανδρών και γυναικών όπως αναγνωρίζονται από το SCL-90	σελ. 60
• 9^ο Κεφάλαιο: Συζήτηση- Συμπεράσματα	
σελ. 63	
• 10^ο κεφάλαιο: Περιορισμοί της παρούσας έρευνας-προτάσεις	σελ. 70
• Παραρτήματα	σελ. 73
• 12^ο κεφάλαιο: Βιβλιογραφία	σελ. 94

A. ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ: ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η οικογενειακή ομάδα, ανεξάρτητα από το μέγεθός της, είναι ένα φυσικό βιο-κοινωνικό σύστημα και ταυτόχρονα, ο πλέον σημαντικός κοινωνικός, παγκόσμιος θεσμός. Ο σχηματισμός της ξεκινά με τη γέννηση του πρώτου παιδιού και εξελίσσεται μέσα από ένα «κύκλο ζωής». Κατά τη διάρκεια του κύκλου αυτού συμπεριφέρεται ως ένα σύστημα που μετακινείται μέσα στον χρόνο και διαγράφει μια πορεία εξελικτικών φάσεων που πυροδοτούνται από τις αλλαγές που συντελούνται τόσο εντός της (βιολογικές, συναισθηματικές, αναπτυξιακές) όσο και στο κοινωνικό περιβάλλον μέσα στο οποίο ζει και αναπτύσσεται (κοινωνικο-οικονομικές, πολιτικές).

Η θεωρητική προσέγγιση της οικογένειας ως ψυχολογικού συστήματος ξεκίνησε μετά τον Β' παγκόσμιο πόλεμο και ταυτίστηκε με την εμφάνιση της Γενικής θεωρίας συστημάτων (Bertalanffy, 1950). Από τότε διάφοροι θεωρητικοί που διατύπωσαν τη θεωρία για το δομικό ή διαγενεακό και άλλα επίπεδα ανάλυσης, επιχείρησαν να προσεγγίσουν την οικογένεια ως σύστημα. Μια κοινή βασική παραδοχή όλων των θεωρητικών αυτών είναι ότι η οικογένεια, ως ανοικτό σύστημα βρίσκεται σε συνεχή συναλλαγή με το περιβάλλον και διατηρεί την ισορροπία του μέσα από μια διαδικασία συνεχών αλλαγών (Τσαμπαρλή, 2004) .

Ο κύριος στόχος της οικογενειακής ομάδας είναι να καλύψει τις λειτουργικές και συναισθηματικές ανάγκες των μελών της. Συγκεκριμένα η οικογένεια επιτρέπει τη δημιουργία ισχυρών δεσμών, μεταδίδει στα παιδιά κοινωνικές αξίες και κανόνες ώστε να διασφαλίσει την κοινωνικοποίησή τους, εδραιώνει μια αντίληψη του εαυτού των μελών και των σχέσεων μεταξύ τους, αναθέτει ρόλους και δημιουργεί προσδοκίες. Επιπρόσθετα μεταδίδει την πολιτισμική κληρονομιά από τη μια γενιά στην άλλη και διασφαλίζει την «ιστορικότητα» του κάθε μέλους ως τμήματος μιας οικογένειας που έχει πίσω της μια διαγενεακή ιστορία.

Ταυτόχρονα η οικογένεια λειτουργεί ως μια μικροκουλτούρα η οποία συγκροτεί μια δική της δυναμική για να φτάσει τον κύριο στόχο της που συνδέεται αφενός με τη

κοινωνικοποίηση των μελών της και αφετέρου με τη διασφάλιση της σωματικής και ψυχικής τους ευρωστίας. Η εκπαίδευση και η στήριξη των μελών της έχει ως στόχο να τους δώσει την αυτονομία, έτσι ώστε όταν απομακρυνθούν από αυτήν να μπορούν να ζήσουν αυτόνομα, έχοντας πάντα την αίσθηση της συμμετοχής σε μια οικογενειακή ταυτότητα, που πλέον έχει εσωτερικευθεί.

Μια βασική θεωρητική παραδοχή των οικογενειακών θεραπειών και ερευνητών είναι ότι η δυσλειτουργία της οικογένειας συνδέεται με τη δυσλειτουργία των μελών της. Ένα οποιοδήποτε μέλος και κυρίως τα παιδιά (λόγω του ότι είναι πιο ευάλωτα) εμφανίζουν ψυχοπαθολογία όταν οι οικογένειές τους δυσλειτουργούν. Σειρά μελετών έχει επιβεβαιώσει την υπόθεση αυτή: Η καταθλιπτική συμπτωματολογία, για παράδειγμα, αποτελεί προβλεπτική μεταβλητή οικογενειακής δυσλειτουργίας, ισχυρότερη από τις συναισθηματικές διαταραχές (Fornari et al, 1999). Από την άλλη βρέθηκε ότι το άγχος της μητέρας και όχι του πατέρα αποτελεί προβλεπτικό παράγοντα αγχώδους διαταραχής στα παιδιά (McClure, Brennan, Howen, Lebrocque, 2001). Με την κοινωνική φοβία των νέων επίσης φάνηκε να είναι συνυφασμένες και άλλες μορφές ψυχοπαθολογίας της οικογένειας όπως κατάθλιψη ή διαταραχές από χρήση αλκοόλ (Lieb, 2000).

Η ψυχοπαθολογία, συνεπώς, συνδέεται με τη δυσλειτουργία της οικογένειας, δεδομένου ότι κάθε συμπεριφορά συνδέεται πάντοτε με το πλαίσιο της. Από αυτή τη συστημική υπόθεση πηγάζει μια συμπληρωματική, σύμφωνα με την οποία οι ασυμπτωματικές οικογένειες δεν εμφανίζουν ψυχοπαθολογία. Ωστόσο, η τελευταία αυτή υπόθεση δεν έχει επιβεβαιωθεί από τη βιβλιογραφία επαρκώς. Αντιθέτως, έχει εντοπιστεί ποσοστό ψυχοπαθολογίας σε υγιείς οικογένειες. Για παράδειγμα, το ψυχοπαιδαγωγικό μοντέλο (psychoeducational) για την αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας στις ΗΠΑ - που εστιάζει στον βιολογικό της χαρακτήρα - θεωρεί πως η σχιζοφρένεια μπορεί να εντοπιστεί τόσο σε λειτουργικές όσο και σε μη λειτουργικές οικογένειες (Ανδρουτσοπούλου, 2004). Επιπροσθέτως, σύμφωνα με έρευνες (Montreuil & Doron, 2007), 25-35% από μη-κλινικές οικογένειες παρουσιάζουν μη υγιή λειτουργικότητα σε έναν ή περισσότερους τομείς. Ακόμη, η δυσλειτουργία της οικογένειας συνδέεται τόσο με τα εσωτερικευμένα (*ακαμψία, ψυχοσωματικές εκδηλώσεις, κοινωνική απόσυρση*) όσο και τα εξωτερικευμένα συμπτώματα (*επιθετική συμπεριφορά, νεανική εγκληματικότητα*) (Λέκκου, Astrom &

Hagglof , 2008), ενώ ενέχει τον κίνδυνο υποτροπής σε ψυχιατρικές διαταραχές (Hedlund et al, 2003). Τέλος, η οικογενειακή λειτουργία αποτελεί έναν πολύ σημαντικό παράγοντα στη θεραπεία των ψυχιατρικά ασθενών, αφού έχει αποδειχτεί ότι η καλή λειτουργία βοηθά στην αποκατάσταση της υγείας του ασθενούς (Koyama et al, 2004).

Στόχος της παρούσας ερευνητικής μελέτης είναι να διερευνήσει τη σχέση ανάμεσα στην ψυχοπαθολογία του ατόμου και την οικογενειακή δυσλειτουργία, όπως και τη σχέση της ψυχοπαθολογίας του ατόμου και της λειτουργίας της οικογένειάς του σε υγιή πληθυσμό. Η διερεύνηση που επιχειρείται στην παρούσα εργασία κρίνεται αναγκαία, καθώς μέσα από αυτή θα προκύψουν γόνιμα συμπεράσματα σχετικά με τη λειτουργικότητα της υγιούς οικογένειας στην Ελλάδα, τα οποία ενδεχομένως θα συμβάλουν στην εύρεση θεραπευτικών παρεμβάσεων για τη μελλοντική βελτίωση της υγείας της οικογένειας.

Στο πρώτο μέρος της έρευνας παρατίθεται το θεωρητικό πλαίσιο της μελέτης, ενώ στο δεύτερο, τα εμπειρικά δεδομένα. Συγκεκριμένα εξετάζονται τα θεωρητικά μοντέλα της οικογενειακής θεραπείας, μελετάται η οικογένεια ως σύστημα με τα χαρακτηριστικά της, επιχειρείται η εκτίμηση μιας οικογένειας ως λειτουργικής, και τέλος εξετάζονται όψεις της οικογενειακής λειτουργίας σύμφωνα με το μοντέλο Mc Master.

1.0 Η λειτουργία της οικογένειας σύμφωνα με τα μοντέλα της Οικογενειακής Θεραπείας

Ένα σημαντικό εγχείρημα των πρώτων σχολών οικογενειακής θεραπείας ήταν να εντάξουν στη συστημική σκέψη διαφορετικές θεωρητικές προσεγγίσεις (γνωσιακή, ψυχαναλυτική, υπαρξιακή). Συνεπώς, εξετάζοντας την οικογένεια ως σύστημα και μελετώντας την σε διάφορα επίπεδα, οι σχολές αυτές επιχειρούν να διατυπώσουν τις υποθέσεις τους η καθεμιά για το τι σημαίνει δυσλειτουργία στο σύστημα αυτό.

Στην ανασκόπηση που ακολουθεί και αφορά στις βασικές προσεγγίσεις στην οικογενειακή θεραπεία και την κλινική πράξη, βλέπουμε αρχικά τα ψυχοδυναμικά μοντέλα που μελετούν την οικογένεια ως ένα ασύνειδο σύστημα, κατόπιν εκείνα που δίνουν έμφαση στα σχήματα συναλλαγής μέσα στην οικογένεια - το διαγενεαλογικό, το δομικό , το στρατηγικό και το συστημικό μοντέλο - και τέλος τα μοντέλα που ακολουθούν μία γνωστική συμπεριφορική προσέγγιση, εστιάζοντας σε θεραπείες μάθησης.

1.1 Το Ψυχοδυναμικό Μοντέλο

Μετά τον Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο, οι πρωτοπόροι της οικογενειακής θεραπείας που προχώρησαν αργότερα στη συστημική σκέψη, είχαν εκπαιδευτεί στην Ψυχανάλυση. Αν και η ψυχαναλυτική επιρροή στην οικογενειακή θεραπεία κρίθηκε θεμελιώδης, ολόκληρη η οικογένεια άρχισε να αντιμετωπίζεται θεραπευτικά σαν ομάδα μόνο στα μέσα του αιώνα.

Η οικογένεια, ως σύστημα, βρίσκεται σε διαρκή αλληλεπίδραση με το περιβάλλον της, οπότε δυσλειτουργεί όταν και αυτό δυσλειτουργεί. Από την άλλη, σύμφωνα με την ψυχαναλυτική σχολή οικογενειακής θεραπείας, η δυσλειτουργία δεν αποτελεί απαραίτητα ψυχοπαθολογία παρά μόνο αν ο χαρακτήρας της είναι μόνιμος.

Πρωταρχικό ρόλο εδώ διαδραματίζει η θεωρία των σχέσεων αντικειμένου η οποία υπογραμμίζει την ανάγκη του βρέφους να προσκολληθεί σε ένα άτομο στοργικό, όπως είναι η μητέρα του (Bowlby, 1992). Εσωτερικεύοντας μία εικόνα της μητέρας του που ικανοποιεί τις ανάγκες του και μία άλλη που το απορρίπτει (Fairbairn, 1952), αντιλαμβάνεται ένα μέρος της μητέρας ως αντικείμενο αγάπης και ένα άλλο ως αντικείμενο μίσους (Klein, 1952). Ο βαθμός συγκερασμού των δυο αντιθετικών αντικειμενοτρόπων αναπαραστάσεων αποτελεί τη βάση για τη σύναψη ικανοποιητικών ανθρώπινων σχέσεων και στην ενήλικη ζωή. Η προσκόλληση είναι η πρώτη διαπροσωπική σχέση που αναπτύσσει το άτομο, γι' αυτό και θεωρείται κυρίαρχη έννοια για όλες - ή σχεδόν όλες - τις εκφάνσεις της ανθρώπινης αγάπης. Οι θεωρητικοί της ψυχανάλυσης θεωρούν ότι η πρώτη διαπροσωπική σχέση του παιδιού και της μητέρας αποτελεί το πρότυπο πάνω στο οποίο διαμορφώνονται όλες οι μεταγενέστερες διαπροσωπικές σχέσεις του ατόμου (Παρασκευόπουλος, 1985, σελ. 199, 205, 209). Η θεωρία αυτή υποστηρίζεται και από έρευνες σχετικές με τη φυσιολογία και νευροβιολογία του ανθρώπινου εγκεφάλου (Porges 2001), σύμφωνα με την οποία πρώιμες εμπειρίες ανάμεσα σε γονείς και βρέφη διαμορφώνουν τον χάρτη του εγκεφάλου επηρεάζοντας τη μετέπειτα πνευματική υγεία του ατόμου.

Η ψυχοδυναμική θεωρία βασίζεται στη θεωρητική παραδοχή ότι επαναλαμβάνουμε πλευρές από τις πρώιμες σχέσεις - κυρίως αυτές με τους γονείς μας - και τις σχέσεις που αναπτύσσουμε στην ενήλικη ζωή μας. Επίσης χρησιμοποιεί έννοιες όπως «μεταβίβαση» και «αντιμεταβίβαση»: η πρώτη αναφέρεται στη μεταβίβαση συναισθημάτων από μία προηγούμενη σχέση με έναν γονέα στη σχέση που αναπτύσσεται

στο παρόν. Η δεύτερη αφορά στην αντίδραση του θεραπευτή στον τρόπο που ο ασθενής χρησιμοποιεί το θεραπευτικό πλαίσιο που του παρέχεται (Nakataa & Sandra, 2004).

Η οικογένεια συνεπώς μελετάται ως ένα ασυνείδητο σύστημα όπου σχέσεις του παρελθόντος παρεμβαίνουν και διαμορφώνουν σχέσεις στο παρόν, σημαντικές για το ενήλικο άτομο. Με τον τρόπο αυτό, τα μέλη μιας οικογένειας προβάλλουν το ένα στο άλλο τις εικόνες που έχουν εσωτερικεύσει από τις σχέσεις του παρελθόντος με τους σημαντικούς άλλους και λειτουργούν με βάση αυτές. Εδώ συνυπολογίζονται - μεταξύ άλλων - και οι σχέσεις στην οικογένεια προέλευσης των γονέων. Με τον τρόπο αυτό, οι σχέσεις αλληλεπίδρασης στην οικογένεια οργανώνονται γύρω απ' τις προβολές εσωτερικευμένων αντικειμένων των μελών της (Meissner, 1980). Έρευνα αναφορικά με την συσχέτιση της λειτουργίας της οικογένειας με αναμνήσεις από συμπεριφορές της πατρικής οικογένειας, έδειξε ότι η σχέση των μελών στην πατρική οικογένεια μοιάζει να επηρεάζει τις προσδοκίες των παιδιών στη δημιουργία οικογένειας (Tiffin et al, 2007).

Από την άλλη η οικογένεια οργανώνεται με βάση τις κοινές παραδοχές των μελών της και αναπτύσσει ένα συναισθηματικό κλίμα, ικανό να εμπερικλείσει τα συναισθήματά τους. Η ικανότητα αυτή αποτελεί δείκτη λειτουργικότητας της οικογένειας.

Σύμφωνα με την ψυχαναλυτική θεώρηση, η εκτίμηση της οικογένειας ως λειτουργικής σύμφωνα με την ανωτέρω προσέγγιση συνεξετάζει εκτός από το αίτημα και τη χρονική στιγμή που αυτό υποβλήθηκε, την οργάνωση των σχέσεων μέσα στην οικογένεια, τους μηχανισμούς άμυνας που χρησιμοποιεί η οικογένεια για να αντιμετωπίσει το άγχος που βιώνει, τους τρόπους διαχείρισης των συγκρούσεων, τους τρόπους έκφρασης των αρνητικών συναισθημάτων και τη δυνατότητα της οικογένειας για αλλαγή.

1.2 Το Εμπειρικό Μοντέλο

Στο εμπειρικό μοντέλο, η θεραπευτική αλλαγή προέρχεται από την εμπειρία της ανάπτυξης και όχι από την απλή ανίχνευση της προέλευσης των προβλημάτων. Η μορφή αυτή οικογενειακής θεραπείας με καταβολές από τις φαινομενολογικές τεχνικές, εστιάζεται στη συναισθηματική κατάσταση των μελών της οικογένειας κάθε στιγμή. Η εμπειρική παρέμβαση είναι προσαρμοσμένη σε μια συγκεκριμένη οικογένεια. Δίνει έμφαση στη βούληση και την επιλογή του πελάτη, τονίζοντας έτσι τους δικούς του στόχους και όχι του θεραπευτή. Η έμφαση δίνεται στο εδώ και τώρα και ο θεραπευτής δίνει την ευκαιρία στα μέλη της οικογένειας να εκφραστούν ανοιχτά και να αναπτύξουν συμπεριφορές που

βοηθούν την αλληλεπίδρασή τους. Στους θεραπευτικούς στόχους εντάσσεται και η ανταλλαγή ρόλων μέσα στην οικογένεια, αποτελώντας μια ευκαιρία ανάπτυξης όλων των μελών μιας οικογένειας. Σύμφωνα με τους Whitaker και Keith (1981), οι υγιείς οικογένειες χαρακτηρίζονται από ελευθερία στο παίξιμο των ρόλων, κάτι που επιτρέπει στα μέλη της να αναπτυχθούν και μεμονωμένα ως άτομα και ως οικογένειες. Η δυσλειτουργία από την άλλη, αντιμετωπίζεται από πλευράς δομής και διεργασιών. Δομικά, ίσως η ακαμψία των ορίων να έχει οδηγήσει σε μη αποτελεσματική λειτουργία της οικογένειας ή πιθανόν οι δυσκολίες στις διεργασίες να έχουν οδηγήσει σε μη ικανοποιητική επίλυση συγκρούσεων των μελών της οικογένειας (Goldenberg & Goldenberg, 2005, σελ. 172).

Κατά την Satir (1972), η δυσλειτουργία στο οικογενειακό σύστημα γίνεται εμφανής από τη δυσλειτουργία στην επικοινωνία των μελών της, η οποία αντανακλά και τα συναισθήματα αυτοεκτίμησής τους. Οι τέσσερις δυσλειτουργικές επικοινωνιακές στάσεις της Satir - του εξευμενιστή, του κατηγορού, του υπερ-λογικού και του ασυνάρτητου - είναι ρόλοι που ουσιαστικά προστατεύουν το άτομο από το να δείξει τα συναισθήματά του.

1.3 Το Διαγενεαλογικό Μοντέλο

Το διαγενεαλογικό μοντέλο αντιμετωπίζει τα οικογενειακά προβλήματα θεωρώντας ότι μπορεί να επηρεάζονται από άκαμπτα σχήματα σχέσεων σε προηγούμενες γενιές. Περιληπτικά, ο Bowen (Kerr & Bowen, 1988), αποφασισμένος να αναγάγει τη λειτουργία των ανθρώπινων συναισθημάτων σε επιστήμη, υιοθέτησε την άποψη ότι η δυσλειτουργία του ατόμου προέρχεται από τη συναισθηματική συσχέτιση των μελών της οικογένειας (Goldenberg & Goldenberg, 2005) και παρουσίασε οχτώ έννοιες για να περιγράψει τις συναισθηματικές διεργασίες που τελούνται μέσα στην οικογένεια: τη **διαφοροποίηση του εαυτού** που συνδέεται με τον βαθμό που κάποιος μπορεί να διαχωριστεί συναισθηματικά από τους γονείς του ενώ μεγαλώνει, **τα τρίγωνα** που ορίζονται ως υποσυστήματα τριών ατόμων, τα οποία σχηματίζονται για να εξασφαλίσουν μεγαλύτερη ανοχή στο άγχος, **το συναισθηματικό σύστημα της πυρηνικής οικογένειας** που περιγράφει την εξέλιξη των σχέσεων στην οικογένεια προέλευσης και τη **διαδικασία οικογενειακής προβολής** όπου οι γονείς προβάλλουν το δικό τους χαμηλό επίπεδο διαφοροποίησης στο πιο επιρρεπές από τα παιδιά τους. Στον **συναισθηματικό αποχωρισμό**, και σε οικογένειες με υψηλά επίπεδα άγχους, το ενήλικο παιδί θα αναζητήσει απόσταση φυσική ή συναισθηματική. Η **πολυγενεαλογική διαδικασία μετάδοσης** ορίζεται ως το σύστημα σχέσεων που

δημιουργείται σε μια οικογένεια όταν σύζυγοι με παρόμοια επίπεδα διαφοροποίησης μεταβιβάζουν αυτήν από γενιά σε γενιά, η θέση του κάθε συντρόφου στη σειρά γέννησης των αδελφών στην οικογένεια προέλευσης προσδιορίζει το σύστημα σχέσεων μεταξύ των δύο συντρόφων και η **κοινωνική παλινδρόμηση** αντιστοιχεί στην επιστροφή της οικογένειας σε ένα χαμηλότερο επίπεδο διαφοροποίησης, σε καταστάσεις αυξημένου κοινωνικού άγχους.

Σύμφωνα με το διαγενεακό μοντέλο η δυσλειτουργία σε μια οικογένεια συνδέεται με τον χαμηλό βαθμό διαφοροποίησης των ατόμων και μεταδίδεται διαγενεακά.

1.4 Το Δομικό Μοντέλο

Η δομή αποτελεί τον τρόπο οργάνωσης της οικογένειας και αλληλεπίδρασης των μελών της σε μια προσπάθεια αυτή να επιτελέσει τις βασικές της λειτουργίες. Η οικογένεια πρέπει να διαθέτει ευελιξία, αφού προσπαθεί να διατηρήσει ισορροπία ανάμεσα στη σταθερότητα και την αλλαγή σε διάφορα στάδια του κύκλου της ζωής.

Σε μία προσπάθεια κατανόησης της δομής των μελών μιας οικογένειας εξετάζονται τα οικογενειακά υποσυστήματα, τα όρια, οι ευθυγραμμίσεις και οι συνασπισμοί. Τα οικογενειακά υποσυστήματα, όπως για παράδειγμα το γονικό, διέπονται από κανόνες που ορίζουν τους ρόλους των μελών της οικογένειας. Τα όρια μεταξύ των υποσυστημάτων αυτών πρέπει να είναι σαφή και ευέλικτα ώστε να βοηθούν στην προσαρμογή της οικογένειας στις μεταβαλλόμενες συνθήκες της ζωής. Από την άλλη, οι ευθυγραμμίσεις αποτελούν τους δεσμούς που αναπτύσσουν μεταξύ τους τα μέλη της οικογένειας, ενώ οι συνασπισμοί δηλώνουν τις συμμαχίες δύο μελών εναντίον ενός τρίτου, οι οποίες μπορεί να δυσχεράνουν τη φυσιολογική λειτουργία της οικογένειας. Για τους δομικούς θεραπευτές, η παθολογία εντοπίζεται στο πλαίσιο και όχι στο άτομο. Θεωρούν λοιπόν πως τα σαφή όρια και η ισχυρή ευθυγράμμιση ανάμεσα σε γονείς εξασφαλίζουν συνέχεια στη λειτουργία της οικογένειας, ενώ η δυσλειτουργία συνδέεται με μη λειτουργικούς κανόνες στις συναλλαγές της οικογένειας, η οποία, αδύναμη να προσαρμοστεί στις μεταβαλλόμενες συνθήκες, διατηρεί άκαμπτα τα σχήματα συναλλαγής και τους κανόνες της (Goldenberg & Goldenberg, 2005).

1.5 Το Στρατηγικό Μοντέλο

Το στρατηγικό μοντέλο προερχόμενο από την έρευνα του Palo Alto τη δεκαετία του '50 είναι θεμελιώδες για τον τρόπο με τον οποίο οι θεραπευτές βλέπουν τις οικογενειακές σχέσεις ακόμα και σήμερα. Σημαντική για τη συνεισφορά της στη δημιουργία της οικογενειακής θεραπείας το 1950 ήταν και η θεωρία της επικοινωνίας (communication theory), σύμφωνα με την οποία η παραβίαση των βασικών αξιωμάτων της επικοινωνίας συνδέονται με τις δυσλειτουργίες της οικογένειας . Στην περίπτωση αυτή δε μας ενδιαφέρει γιατί εκδηλώθηκε μια συμπεριφορά. Η εστίαση γίνεται στα παγιωμένα πρότυπα συναλλαγής των μελών μιας οικογένειας - που ορίζεται από τον τρόπο ανταλλαγής των μηνυμάτων, τη σαφήνεια ή την αμφισημία - και όχι τόσο στο περιεχόμενο των λόγων της. Σε μια προσπάθεια κατανόησης αυτής της αλληλεπίδρασης προσδιορίστηκαν αξιώματα της επικοινωνίας, όπως ότι η επικοινωνία πραγματοποιείται σε διάφορα επίπεδα, αποσαφηνίζοντας το περιεχόμενο αλλά και τις σχέσεις ανάμεσα σε αυτούς που επικοινωνούν, οι οποίες με τη σειρά τους βασίζονται στην ισότητα ή την ανισότητα. Από την άλλη, οι διαδικασίες συναλλαγής μπορεί να οδηγήσουν στην ανταγωνιστικότητα ή τη συμπληρωματικότητα. Η επαναληπτική αλληλεπίδραση μεταξύ των μελών μιας οικογένειας όπου ο καθένας αντιδρά ως αποτέλεσμα των λόγων του άλλου αποτελεί προάγγελο οικογενειακής δυσλειτουργίας. Εδώ η οικογένεια δυσλειτουργεί όταν, αφού ένα μέλος παρουσιάσει το σύμπτωμα, η οικογένεια αντιδρά, εκδηλώνοντας την ίδια συμπεριφορά που δημιούργησε το πρόβλημα. Συνεπώς, τα σχήματα αλληλεπίδρασης της οικογένειας παγιώνονται εντείνοντας το πρόβλημα. Η θεραπεία επέρχεται όταν τα παλιά δυσλειτουργικά σχήματα επικοινωνίας αντικατασταθούν από νέα, πιο λειτουργικά, μεταβάλλοντας οικογενειακούς κανόνες και σχέσεις (Goldenberg & Goldenberg, 2005).

1.6 Το Γνωστικό Συμπεριφορικό Μοντέλο

Αν και συμπεριφορικές μέθοδοι είχαν αρχίσει ήδη να εφαρμόζονται από το 1960 ατομικά, το συμπεριφορικό μοντέλο επεκτάθηκε στον τομέα της οικογένειας μόλις τα τελευταία 25 χρόνια, συνδυάζοντας την εφαρμογή της θεωρίας της μάθησης με τη θεραπευτική διαδικασία. Πρόκειται για μια επιστημονική μέθοδο με καλά τεκμηριωμένες τεχνικές, η οποία δίνει έμφαση στους εξωτερικούς παράγοντες ενώ, όπως υποστηριζόταν

ήδη από τα τέλη της δεκαετίας του 70, η συμπεριφορά επηρεάζεται και από γνωστικούς παράγοντες, όπως στάσεις και πεποιθήσεις. Ακόμη και σήμερα οι οικογενειακοί θεραπευτές συμπεριφοράς κατανοούν τη λειτουργία του ατόμου ως αποτέλεσμα αλληλεπίδρασης ανάμεσα στη συμπεριφορά και τους εξωτερικούς περιβαλλοντικούς παράγοντες.

Η συμπτωματική συμπεριφορά θεωρείται αποτέλεσμα των θεωριών της μάθησης: το άτομο έχει μάθει και εφαρμόζει αδόκιμα σχήματα προσαρμογής και μέσω της ενίσχυσης, οι συνέπειες στη συμπεριφορά των άλλων μελών της οικογένειας, ενισχύουν και συντηρούν το σύμπτωμα. Η συμπεριφορική προσέγγιση εστιάζει ως επί το πλείστον στον αναφερόμενο ασθενή. Η αλλαγή της σκέψης είναι σε θέση να επιφέρει αλλαγή στη συμπεριφορά και στο συναίσθημα (McLeod, 2003). Μέσω των θεωριών της μάθησης και της μεταβολής των γνωσιών του αναφερόμενου ασθενή, η συμπτωματική συμπεριφορά μπορεί να αντικατασταθεί από μία άλλη επιθυμητή, όπως είναι δυνατό να μεταβληθούν και οι συνέπειες της συμπεριφοράς στα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας αυξάνοντας τις θετικές αλληλεπιδράσεις ανάμεσά τους.

1.7 Το Αφηγηματικό Μοντέλο

Βάσει της ψυχολογίας των προσωπικών νοητικών κατασκευών που επινοήθηκε από τον Kelly και τους συνεργάτες του, οι άνθρωποι αντιλαμβάνονται και ερμηνεύουν τον κόσμο μέσα από τις νοητικές τους κατασκευές οι οποίες ταξινομούνται σε συστήματα (McLeod, 2003). Οι θεραπευτές της κοινωνικοστρουκτιβιστικής θεραπείας δεν αποδέχονται τη συστημική σκέψη, θεωρώντας την πραγματικότητα μια κοινωνική κατασκευή: οι σκέψεις δηλαδή έχουν διαμορφωθεί από αυτόν που τις υποστηρίζει. Οπότε και η παρέμβαση για τη δυσλειτουργία, για παράδειγμα, στην οικογένεια μπορεί να σημαίνει την επιβολή μιας κοινωνικά κατασκευασμένης άποψης για το τι σημαίνει δυσλειτουργική οικογένεια ή για το πώς πρέπει να αλλάξει αυτή.

Η κονστρουκτιβιστική θεραπεία καθοδηγείται από αρχές παρά από τεχνικές (McLeod, 2003). Το άτομο εμπλέκεται στην κατανόηση του κόσμου του αναζητώντας το νόημα της ζωής του και κατασκευάζοντας τη δική του πραγματικότητα, βασισμένο στις εμπειρίες της ζωής του. Η εστίαση γίνεται στο παρόν αλλά με μεγαλύτερη έμφαση στην αναπτυξιακή διαδικασία. Οι άνθρωποι συνεπώς, ενώνουν τις κοινές τους απόψεις για την πραγματικότητα μέσω της χρήσης της γλώσσας, της μεταφοράς και της αφήγησης. Στον διάλογο αυτό, εξετάζονται ζητήματα φύλου, εθνικότητας, φυλής, κοινωνικής τάξης. Σκοπός

εδώ είναι να διευκολυνθεί η ανάπτυξη: να δημιουργηθεί δηλαδή μια νέα οπτική για παλιά προβλήματα μέσα από ανακατασκευή των οικογενειακών ιστοριών.

1.8 Το Μοντέλο του Κύκλου Ζωής της Οικογένειας

Ένας τρόπος κατανόησης της οικογένειας είναι η μελέτη της εξέλιξής της μέσα στον οικογενειακό κύκλο ζωής, ο οποίος προσφέρει ένα ευρύ πεδίο μελέτης των φάσεων από τις οποίες περνά μία οικογένεια. Το μοντέλο αυτό διαφοροποιείται από τα κλινικά μοντέλα και προσεγγίζει την έννοια της οικογένειας, θεωρώντας την ως ένα σύστημα κινούμενο μέσα στον χρόνο προσφέροντας μία καλύτερη θεώρηση αναφορικά με την ικανότητα της οικογένειας για σταθερότητα και συνέχεια, ταυτόχρονα με τις αλλαγές στη δομή της.

Οι οικογένειες συνεπώς, ανεξαρτήτου δομής και σύνθεσης περνούν μέσα από διάφορες φάσεις και γεγονότα τα οποία σηματοδοτούν αλλαγή στη σύνθεσή τους. Σε κάθε στάδιο αναμένεται η επίτευξη εξελικτικών στόχων, η οποία εάν δεν ολοκληρωθεί, επιβραδύνει ή αναστέλλει και την εξέλιξη της οικογένειας. Η ευελιξία και η ικανότητα της οικογένειας να διαχειριστεί τους στόχους της μετάβασής της σε μεταγενέστερο στάδιο διευκολύνει και την εξέλιξή της, ενώ η ακαμψία από την άλλη καθιστά δύσκολο τον χειρισμό συγκρούσεων, και πιθανή την εμφάνιση των συμπτωμάτων μέσα στο οικογενειακό σύστημα. Εκτός όμως από τις τακτικές αναπτυξιακές αλλαγές, η οικογένεια μπορεί να χρειαστεί να επαναπροσαρμοστεί προκειμένου να αντιμετωπίσει απρόβλεπτους εξωτερικούς παράγοντες, οι οποίοι θα μπορούσαν να επηρεάσουν τόσο βαθιά το οικογενειακό σύστημα ώστε αυτό να μην κατορθώσει ποτέ να επιστρέψει στην προτέρα λειτουργία του (Goldenberg & Goldenberg, 2005).

Από την άλλη, σε μια προσπάθεια μελέτης της λειτουργίας της οικογένειας τη δεκαετία του '40, οι κοινωνιολόγοι έδωσαν έμφαση στις δυνατότητες προσαρμογής μιας οικογένειας να ανταποκριθεί στις αλλαγές στη σύνθεσή της. Έτσι το αποτελούμενο από 8 στάδια σχήμα της Duvall (Duvall & Miller, 1985) που αφορά την τυπική αμερικανική ακέραια οικογένεια, ξεκινά από τον γάμο του ζευγαριού και καταλήγει με τον θάνατο και των δύο συζύγων.

Οι οικογενειακοί θεραπευτές, απομακρυνόμενοι από τη θεώρηση της αφετηρίας του οικογενειακού κύκλου ζωής με τον γάμο, υποστηρίζουν πως ο πρωταρχικός εξελικτικός

στόχος του νεαρού ενήλικα είναι να απομακρυνθεί από την οικογένεια προέλευσης, χωρίς όμως να αποκοπεί συναισθηματικά, στην προσπάθειά του για ανεξαρτησία.

Επόμενος εξελικτικός στόχος είναι η εύρεση ενός συντρόφου και η δέσμευση. Ο επερχόμενος γάμος επιφέρει αλλαγή στα οικογενειακά συστήματα προέλευσης προκαλώντας ένα νέο υποσύστημα. Το νέο αυτό ζευγάρι οφείλει να δείξει πρωτίστως αφοσίωση ο ένας στον άλλον και δευτερευόντως αφοσίωση στην οικογένεια προέλευσης προκειμένου να αποκολληθεί από την οικογένειά του. Τα δύο μέλη διατηρώντας πρότυπα από την πατρική οικογένεια οδηγούνται σιγά-σιγά σε νέα πρότυπα αλληλεπίδρασης τα οποία και θα υπερισχύσουν τελικά (Goldenberg & Goldenberg, 2005). Από την άλλη, τροποποιούν τους κανόνες τους και θέτουν πιο σαφή όρια αναφορικά με τον έξω κόσμο ώστε να αναπτύξουν συνεκτικότερους δεσμούς μεταξύ τους, αλλά και μοτίβα συνεργασίας, έκφρασης και επίλυσης συγκρούσεων (Minuchin, 2000).

Με την έλευση των παιδιών και τη φροντίδα τους, οι γονείς - αλλά και τα μέλη του οικογενειακού υπερσυστήματος - μετακινούνται μια γενιά προς τα πάνω και καλούνται να επαναπροσδιορίσουν τις σχέσεις μεταξύ τους, διατηρώντας την ισορροπία μεταξύ εργασίας, ευθυνών και ρόλων. Δύο προκλήσεις της οικογενειακής ζωής σε αυτή τη φάση είναι η αποδοχή του παιδιού από τους γονείς ενώ μεγαλώνει κι έπειτα η είσοδος του στο σχολείο ή σε άλλους θεσμούς.

Στην εφηβεία, οι γονείς έρχονται αντιμέτωποι με νέες προκλήσεις: από τη μια οι έφηβοι προσπαθούν να αυτονομηθούν και να δημιουργήσουν δική τους ταυτότητα και απ' την άλλη οι γονείς προσπαθούν να προσαρμοστούν υιοθετώντας διαφορετικά μοτίβα, κανόνες και όρια. Τα νέα όρια βοηθούν το παιδί να διατηρεί την ταυτότητά του ενώ επιτρέπει στα υποσυστήματα να διατηρούν τη σχέση τους (Minuchin, 2000).

Η επόμενη περίοδος είναι αυτή της δημιουργίας οικογένειας από την πλευρά των παιδιών και η επέκτασή της, αλλά και η συνειδητοποίηση αυτού από μέρους των γονιών. Το συζυγικό υποσύστημα βρίσκεται πάλι στο επίκεντρο, ενώ οι γονείς μετά το πέρας της φροντίδας των εγγονιών και τις νέες σχέσεις που δημιουργούνται και πρέπει να επεξεργαστούν (Carter & McGoldrick, 1980), έχουν την ευκαιρία να ενισχύσουν τους δεσμούς τους αν και οι συζυγικές συγκρούσεις δεν είναι σπάνιες. Βιώνοντας «το σύνδρομο της άδειας φωλιάς» με την απομάκρυνση των παιδιών από το σπίτι έρχονται αντιμέτωποι με αντιφατικά συναισθήματα. Από την άλλη με τον προαναφερθέντα νέο ρόλο του παππού και της γιαγιάς τον οποίο αναλαμβάνουν, μετακινούνται ένα σκαλοπάτι πιο πάνω.

Ένα άλλο στάδιο του κύκλου της οικογενειακής ζωής είναι όταν τα παιδιά έχουν φτάσει τα σαράντα όπου οι σχέσεις ομοιάζουν περισσότερο με σχέσεις ομηλικών και οι γονείς έρχονται αντιμέτωποι με προβλήματα της τρίτης ηλικίας.

Οι ακέραιες οικογένειες συνήθως περνούν μέσα από τις προαναφερθείσες φάσεις οικογενειακής ανάπτυξης. Από την άλλη, μετασχηματισμοί της ελληνικής κοινωνίας έχουν επιβάλει τη δημιουργία νέων μορφών οικογενειακών σχημάτων (αυτές που έχουν έναν γονέα ή αυτές που έχουν σχηματιστεί από νέο γάμο) οι οποίες αναπόφευκτα υπόκεινται σε διασπάσεις στον κύκλο της ζωής αντί να αναπτύσσονται ομαλά.

Όση κριτική και αν έχει δεχθεί το μοντέλο των σταδίων του οικογενειακού κύκλου ζωής, για το ότι δεν υπολογίζει τις ατομικές διαφορές ή για τον πιο πολύπλοκο χαρακτήρα της οικογένειας από αυτόν που περιγράφεται στο μοντέλο των σταδίων, παρόλα αυτά προσφέρει ένα ικανοποιητικό σχήμα περιγραφής της λειτουργίας της οικογένειας .

2.0. Η οικογένεια ως σύστημα

Σύμφωνα με τη Γενική Θεωρία Συστημάτων οι οικογένειες είναι βιοψυχοκοινωνικά ανοιχτά συστήματα με κοινά χαρακτηριστικά ως προς τη δομή και τη λειτουργία τους και διέπονται από κοινούς νόμους. Οι αρχές της Γενικής Θεωρίας Συστημάτων που διατυπώθηκαν από τον Ludvig Von Bertalanffy το 1940, μιλούν για μια μεταθεωρία που έχει σαν σκοπό να προσεγγίσει σύνθετα φαινόμενα με διαφορετική μεθοδολογία από την αναλυτική: εδώ, εξετάζεται η αλληλεπίδραση των επιμέρους στοιχείων του υπό μελέτη φαινομένου και τα αποτελέσματά της, δίνοντας έμφαση στην ολότητα (στο σύνολο) (Τσαμπαρλή, 2004).

Η οικογενειακή θεραπεία προτείνει μια κυβερνητική επιστημολογία που διατυπώθηκε αρχικά τη δεκαετία του 1940 ενσαρκώνοντας το ενδιαφέρον πολλών επιστημών για την επίδραση της επικοινωνίας στον έλεγχο των συστημάτων μέσω των μηχανισμών ανάδρασης και προτείνει έναν τρόπο με τον οποίο τα συστήματα διατηρούν τη σταθερότητά τους εισάγοντας έννοιες όπως: «κύκλοι ανατροφοδότησης» και «κυκλικός τρόπος σκέψης» (Τσαμπαρλή, 2004). Βάσει της επιστημολογίας αυτής, που αναπτύχθηκε μέσα από τη μηχανική της επικοινωνίας και τους υπολογιστές, αναπτύχθηκε το μοντέλο Κυβερνητικής πρώτης σειράς, για την κατανόηση του τρόπου με τον οποίο επιτυγχάνεται η

ρύθμιση των συστημάτων. Εδώ, ο θεραπευτής/παρατηρητής θεωρείται ότι παραμένει έξω από το σύστημα και επιχειρεί από εκείνη τη θέση να αλλάξει τη λειτουργία της οικογένειας.

Αντιθέτως, η κυβερνητική δεύτερης Τάξης, συμμεριζόμενη τις ιδέες της κυβερνητικής του Bateson, αποτελώντας μια επανεκτίμηση της Κυβερνητικής πρώτης σειράς, αντιπροσωπεύει τις θεωρίες του κοινωνικού κονστρουξιονισμού και κονστρουκτιβισμού. Ο θεραπευτής αποτελεί μέρος του συστήματος και λαμβάνοντας υπ' όψιν την υποκειμενική περιγραφή του κάθε μέλους ξεχωριστά για την οικογένεια, συμμετέχει στην κατασκευή της νέας πραγματικότητας. Δε δίνει απαντήσεις στα προβλήματα της οικογένειας, αναζητά όμως νόημα.

Περίληπτικά, η Συστημική θεωρία, αποτελώντας σύνθεση της Γενικής Θεωρίας Συστημάτων και της Κυβερνητικής, προσφέρει ένα θεωρητικό πλαίσιο ερμηνείας της λειτουργίας της οικογένειας. Οι οικογενειακοί θεραπευτές εργάζονται με κάποια μορφή κυβερνητικής επιστημολογίας, αν και υπάρχει μεγάλη διαμάχη ανάμεσα σε εκείνους που ακολουθούν ένα μοντέλο κυβερνητικής πρώτης σειράς και στους υπέρμαχους του μοντέλου κυβερνητικής δεύτερης σειράς, το οποίο αντιπροσωπεύοντας - όπως προαναφέρθηκε - τις θεωρίες του κονστρουκτιβισμού, κερδίζει ολοένα και περισσότερο έδαφος (Goldenberg, & Goldenberg, 2005).

Η συστημική προσέγγιση και οι εφαρμογές της στη θεραπεία της οικογένειας μπορούν πλέον να προσφέρουν συνολική εικόνα του παρουσιαζόμενου προβλήματος.

2.1 Τα Χαρακτηριστικά της λειτουργίας του Οικογενειακού Συστήματος

Η οικογένεια προσεγγίζεται ως ένα ανοικτό σύστημα που βρίσκεται σε συνεχή αλληλεπίδραση με το περιβάλλον του και τείνει να αναπτύσσεται και να κατακτά τη σταθερότητά του μέσα από τις συνεχείς αλλαγές μέσα στον χρόνο (Τσαμπαρλή, 2004). Η θεωρία των συστημάτων ενσωματώνοντας τις αρχές της κυβερνητικής και της Γενικής Θεωρίας των Συστημάτων, προσέφερε θεωρητικό πλαίσιο στην οικογενειακή θεραπεία εισάγοντας έννοιες όπως: «ανοιχτά» και «κλειστά συστήματα», «κυκλικότητα», «ομοίωση». Προκειμένου για την κατανόηση του τρόπου με τον οποίο λειτουργούν τα οικογενειακά συστήματα είναι απαραίτητο πρώτα να δούμε κάποια χαρακτηριστικά τους.

2.1.1 Ανοιχτά και κλειστά συστήματα

Σύμφωνα με τον Bertalanffy (1968), τα συστήματα κατηγοριοποιούνται σε *ανοιχτά* και *κλειστά*. Όταν ο βαθμός αλληλεπίδρασης ενός συστήματος με το περιβάλλον είναι μεγάλος, το σύστημα έχει διαπερατά όρια και θεωρείται ανοιχτό. Αντιθέτως, όταν η συναλλαγή με το περιβάλλον είναι περιορισμένη, το σύστημα αντιστέκεται στην αλλαγή, έχει αδιαπέραστα όρια και θεωρείται κλειστό. Βέβαια, κανένα σύστημα δε θεωρείται απόλυτα ανοιχτό ή κλειστό. Η αποτελεσματική οικογενειακή λειτουργία κρίνεται και από τη διατήρηση ισορροπίας ανάμεσα στο ανοιχτό και το κλειστό σύστημα: οι οικογένειες δηλαδή λειτουργούν αποτελεσματικά όταν αλληλεπιδρώντας με το περιβάλλον, προσπαθούν να διατηρήσουν την ισορροπία του συστήματος αντιστεκόμενες στην αλλαγή που θέτει σε κίνδυνο το ίδιο το σύστημα (Goldenberg & Goldenberg, 2005).

2.1.2. Υποσυστήματα

Η οικογένεια αποτελείται από υποσυστήματα. Για τον Ackerman μάλιστα (1970) κάθε άτομο συνιστά υποσύστημα της οικογένειας με τον ίδιο τρόπο που η οικογένεια συνιστά υποσύστημα της ευρύτερης κοινότητας. Ο διαχωρισμός των υποσυστημάτων γίνεται βάσει φύλου, γενιάς, έργου, λειτουργιών, διεξάγοντας έτσι τις βασικές της λειτουργίες. Τα άτομα προσαρμόζονται σε αυτά τα υποσυστήματα τα οποία ορίζονται από κανόνες που ρυθμίζουν τους ρόλους του κάθε μέλους. Έτσι το παιδί οφείλει να δράσει ως τέτοιο στο γονικό υποσύστημα, ώστε ο γονέας του να μπορέσει να δράσει ως ενήλικας. Οι κανόνες που διέπουν το υποσύστημα, λειτουργούν σύντονα με τους σκοπούς και στόχους όλης της οικογένειας οι οποίοι διαμορφώνονται μέσα από την αλληλεπίδραση του συστήματος με τον εξωτερικό κόσμο (Κατάκη, 2012).

Τα συζυγικά και γονικά υποσυστήματα και το υποσύστημα των αδελφών αποτελούν τα πιο σημαντικά υποσυστήματα. Το συζυγικό υποσύστημα προσφέρει σταθερότητα και καταφύγιο στην οικογένεια, καλείται όμως με τον ερχομό των παιδιών να μετουσιωθεί σε γονικό υποσύστημα με διαφορετικές ευθύνες, προσφέροντας πρότυπα συμπεριφοράς στα παιδιά, έκφρασης σύγκρουσης ή στοργής. Το υποσύστημα των αδελφών από την άλλη, αναπτύσσοντας τα δικά του σχήματα συναλλαγής μαθαίνει να ανήκει σε μια ομάδα διατηρώντας την ατομικότητά του αλλά και τρόπους να αντιμετωπίζει το γονικό

υποσύστημα (Minuchin, 2000). Η καλή λειτουργία της οικογένειας εξαρτάται από την καλή λειτουργία και των τριών συστημάτων.

2.1.3.Δομή

Η δομή, αποτελεί το όριο ανάμεσα στο σύστημα και το περιβάλλον του. Αντιπροσωπεύει τους κανόνες που χρησιμοποιεί η οικογένεια για να επιτελεί τις λειτουργίες της (Minuchin, 1974). Σύμφωνα με το Mc Master (Miller et al, 2000), η δομή και η οργάνωση της οικογένειας αποτελούν σημαντικούς παράγοντες που επηρεάζουν τη συμπεριφορά των μελών της.

Από την άλλη, υπάρχουν διαφορετικά είδη δομής που μπορεί να εμφανίσει μια οικογένεια (*μονογονικές, πυρηνικές, εκτεταμένες, ανασυσταμένες κ.λπ*). Παράλληλα όμως μπορεί να αλλάξει η δομή της κατά τη διάρκεια του κύκλου ζωής (π.χ. από πυρηνική να γίνει μονογονική μετά από ένα διαζύγιο) (Τσαμπαρλή, 2004).

2.1.4 Όρια

Σε μια οικογένεια επίσης που λειτουργεί σωστά, θεμελιώδη είναι και τα όρια: πιο συγκεκριμένα, τα σαφή όρια είναι αυτά που βοηθούν το κάθε μέλος να διατηρεί την ατομικότητά του αλλά ταυτόχρονα διατηρεί την αίσθηση ότι ανήκει στο σύστημα της οικογένειας. Αντιθέτως, τα άκαμπτα ή μη ευέλικτα όρια οδηγούν σε μία μεγαλύτερη αίσθηση αυτονομίας μεν, με τίμημα όμως τη μικρότερη συναισθηματική εμπλοκή με τα άλλα μέλη, ενώ από την άλλη, τα συγκεχυμένα όρια εύκολα παραβιάζονται από τα μέλη της οικογένειας (Goldenberg & Goldenberg, 2005). Παιδιά και γονείς ανταλλάσσουν πολύ εύκολα ρόλους μεταξύ τους και τα παιδιά βιώνουν τη φροντίδα των γονιών τους σε υπερβολικό βαθμό με τίμημα τη μείωση της αίσθησης της προσωπικής ελευθερίας. Απαραίτητα είναι και τα όρια ανάμεσα στα υποσυστήματα.

2.1.5 Κανόνες

Στη δομή της οικογένειας ανήκουν και οι κανόνες που ορίζουν την αλληλεπίδραση των μελών της οικογένειας και βοηθούν στη λειτουργία της. Οι κανόνες αυτοί

κληρονομούμενοι στις επόμενες γενιές μεταφέρουν τις αξίες της οικογένειας. Οι άγραφοι αυτοί κανόνες βοηθούν το σύστημα να βρίσκεται σε ισορροπία, όμως σε περιόδους αλλαγών, η αναθεώρησή τους κρίνεται επιτακτική (Mc Leod, 2003).

Από την άλλη, η οικογένεια καταλήγει σε κανόνες που ορίζουν τις εσωτερικές της σχέσεις και τείνουν να ρυθμίζουν την αλληλεπίδραση της οικογένειας. Οι περισσότεροι κανόνες βασίζονται σε επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές (Jackson, 1965b) που υιοθετούν τα μέλη της οικογένειας όταν συναλλάσσονται μεταξύ τους από το ευρύτερο φάσμα συμπεριφορών. Χωρίζονται σε *περιγραφικούς*, οι οποίοι βασίζονται σε δικαιώματα και υποχρεώσεις ή *κατευθυντήριους*, οι οποίοι κατευθύνουν τι είναι δυνατό να γίνει και τι όχι.

Όταν το σύστημα αντιστέκεται στην αλλαγή, ο θεραπευτής μπορεί με τη χρήση νέων κανόνων να αλλάξει την ισορροπία μεταξύ των μερών του συστήματος και να βοηθήσει το σύστημα να προσαρμοστεί στη νέα συνθήκη (Mc Leod, 2003).

2.1.6. Οργάνωση-Ολότητα

Η οικογένεια συνιστά ένα ζωντανό σύστημα. Ένα σύστημα αποτελείται από μονάδες που αλληλεπιδρούν μεταξύ τους με έναν οργανωμένο τρόπο (*οργάνωση*). Παράλληλα όμως οι μονάδες αυτές, σκηνοθετούν μια οντότητα που είναι μεγαλύτερη από το άθροισμα των μελών της (*ολότητα*) όχι με την έννοια της προσθετικότητας αλλά με αυτή των αλληλοσυσχετίσεων. Το «σύστημα» γίνεται αντιληπτό ως ένα σύνολο το οποίο περιλαμβάνει το άθροισμα των μερών του, αλλά και τη δυναμική σχέση των μερών αυτών (Παπαδιώτη-Αθανασίου, 2000). Η μελέτη μιας οικογένειας προκύπτει από την κατανόηση των σχέσεων λειτουργίας που αναπτύσσονται μεταξύ των μελών του πολύπλοκου αυτού συστήματος. Μόνο τότε θα κατανοηθούν οι απαιτήσεις του για προσαρμογή, τα όριά του και οι λόγοι που το οδηγούν σε σύγκρουση. Σύμφωνα με τον Leslie (1988) προκειμένου για την κατανόηση των σχέσεων ανάμεσα στα μέλη μιας οικογένειας, η εστίαση στη λειτουργία ενός μέλους έρχεται σε δεύτερη μοίρα. Έρευνες εξάλλου έχουν καταδείξει ισχυρότερη συσχέτιση της οικογενειακής λειτουργίας με ιδιότητες της οικογένειας ως συστήματος παρά ως μεμονωμένων μελών (Westley & Eipstein, 1969).

Συνεπώς, υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της λειτουργίας της οικογένειας και της λειτουργίας του κάθε μέλους χωριστά, όπως συμπεραίνεται και από το Mc Master (Miller et al, 2000, p.169), βασισμένο στη θεωρία συστημάτων, όπου αναφέρει ότι υπάρχει

αλληλεπίδραση μεταξύ όλων των μελών μιας οικογένειας καθώς και ότι η οικογενειακή λειτουργία δεν μπορεί να γίνει πλήρως κατανοητή απλώς κατανοώντας κάθε μέλος της οικογένειας χωριστά.

2.1.7 Ομοιόσταση-Ανατροφοδότηση

Η τάση του σώματος να διατηρεί ισορροπία στην προσπάθεια εξασφάλισης σταθερότητας, καλείται *ομοιόσταση*. Με όρους της κυβερνητικής, σημαίνει ότι το σώμα μπορεί να θεωρηθεί ως ένα σύστημα που ανταλλάσσει πληροφορίες με τον έξω κόσμο χρησιμοποιώντας την ανατροφοδότηση, δηλαδή την εισαγωγή πληροφοριών εκ νέου από την έξοδο στην είσοδο του συστήματος προκειμένου να ελεγχθεί η ορθή λειτουργία του (Goldenberg & Goldenberg, 2005). Με όρους της οικογένειας μεταφράζεται ως η αντίσταση της οικογένειας στην αλλαγή. Ακόμα και η εμφάνιση των συμπτωμάτων θεωρούνταν ως μια προσπάθεια διατήρησης της οικογενειακής ισορροπίας. Η οικογένεια λοιπόν προσπαθεί μέσα από διαδικασίες αλληλεπίδρασης να διατηρήσει σταθερότητα περιβάλλοντος και επιστροφή στην προτέρα λειτουργία της οικογένειας. Σύμφωνα με τον Minuchin (Minuchin, 2000) μια οικογένεια έρχεται για θεραπεία όταν έχει «κολλήσει» στη φάση της ομοιόστασης.

Από την άλλη, η οικογένεια ως ζωντανό σύστημα μπορεί να δέχεται πληροφορίες από τον έξω κόσμο, οι οποίες προκαλούν την αλλαγή της. Η θεμελιώδης αυτή λειτουργία, απαραίτητη για την ικανοποίηση των αναγκών του συστήματος, καλείται *ανατροφοδότηση* (Watzlawick, 1986, στο Πιλήσης, 2010).

2.1.8 Οικογένεια και ευρύτερα συστήματα

Από την άλλη, τα οικογενειακά συστήματα αλληλεπιδρούν με μεγαλύτερα εξωτερικά συστήματα από τα οποία επηρεάζονται - σχολείο, νομικό σύστημα, υπηρεσίες πρόνοιας, εκκλησία (Goldenberg & Goldenberg, 2005) - και η οικογένεια εμπλεκόμενη με αυτά, εξελίσσεται αν και η αλληλεπίδραση μεταξύ τους μπορεί να επιφέρει προβλήματα στην οικογένεια.

Παρατηρούμε συνεπώς ότι ένα στοιχείο ενός συστήματος είναι δυνατό να είναι συγχρόνως το ίδιο ένα σύστημα αλλά και στοιχείο ενός ευρύτερου συστήματος, δηλαδή είναι ταυτόχρονα ένα σύνολο κι ένα μέρος. *«Η διερεύνηση του πλαισίου αποτελεί βασική έννοια στη συστημική προσέγγιση. Περιλαμβάνει όλες τις αλληλεπιδράσεις που πραγματοποιούνται ανάμεσα στις ενότητες ενός συστήματος, όπως και ανάμεσα στο συγκεκριμένο σύστημα και στο υπερσύστημα ή υποσύστημα με το οποίο επικοινωνεί»* (Παπαδιώτη-Αθανασίου, 2000: 33).

2.1.9 Οικογενειακή προσαρμοστικότητα

Καθώς το οικογενειακό σύστημα εξελίσσεται μέσα στο χρόνο, χαρακτηρίζεται από συνέχεια και αλλαγή, έχει την ικανότητα να διατηρεί τη σταθερότητά του ενώ αλλάζει η δομή του. Με την ικανότητά του αυτή αναφερόμαστε στην προσαρμοστικότητα. Όσο πιο προσαρμοστική είναι μια οικογένεια τόσο πιο ικανή είναι να χρησιμοποιήσει τις δυνάμεις της για να αντιμετωπίσει τις συνεχείς μεταβάσεις στα στάδια μέσα από τα οποία περνά μία οικογένεια. (Goldenberg & Goldenberg, 2005).

Όλες οι οικογένειες κατά τη διάρκεια του κύκλου της ζωής τους έρχονται αντιμέτωπες με αγχογόνες καταστάσεις και απροσδόκητα γεγονότα που απειλούν την ισορροπία τους. Ο τρόπος με τον οποίο οργανώνεται η οικογένεια για να επιλύσει τις συγκρούσεις και να βρει λύσεις, αποτελεί προβλεπτικό παράγοντα για την ανάρρωσή της.

Η προσαρμοστικότητα, συνεπώς, ορίζεται ως η ικανότητα της οικογένειας να αλλάζει σε επίπεδα δομής και ρόλων ώστε να προσαρμόζεται σε αγχογόνες καταστάσεις (Κιτσάκη, 2007).

Η προσαρμοστικότητα αποτελεί παράγοντα διαχωρισμού των οικογενειών σε λειτουργικές και μη μαζί με τη συνοχή (Olson, Partner & Lavee, 1985). Ο τρόπος οργάνωσης μιας οικογένειας σύμφωνα με τους Nichols και Everett (1986) καθορίζει τη συνοχή και την προσαρμογή της. Τέτοια σχήματα οργάνωσης είναι επί παραδείγματι γύρω από μια γυναίκα αρχηγό, τον παθητικό σύζυγό της και τα παιδιά ή γύρω από μία πατριαρχική οικογένεια, την ανεκτική σύζυγο και τα ανυπάκουα παιδιά.

2.1.10 Οικογενειακή συνοχή

Η συνοχή αποτελεί μία πολύ σημαντική οικογενειακή διάσταση. Ορίζεται από τον Olson, ως «το συναισθηματικό δέσιμο που έχουν τα μέλη μεταξύ τους» περιλαμβάνοντας μεταβλητές όπως τα όρια, οι φίλοι, οι συμμαχίες, ο χωροχρόνος, οι αποφάσεις (Olson, 1993, p.105). Αποτελεί αρνητικό προβλεπτικό παράγοντα για την κατάθλιψη και το άγχος: σε μελέτη στην Κίνα, ισχυρότερα ποσοστά κατάθλιψης εμφανίζονταν σε άτομα που προέρχονταν από οικογένειες με μικρή συνοχή και υψηλές συγκρούσεις (Yu, DL, Seligman, MER, 2002).

Η αντίληψη των επιπέδων συνοχής ποικίλλει αναφορικά με το φύλο και τη γενιά. Προηγούμενες έρευνες έχουν δείξει ότι οι μητέρες εκτιμούσαν μεγαλύτερα επίπεδα συνοχής στην οικογένεια από ό,τι οι άντρες και από την άλλη, οι κόρες εκτιμούσαν μεγαλύτερα επίπεδα συνοχής από ό,τι οι γιοι (Rossi & Rossi, 1990).

Μια άλλη έρευνα αποκαλύπτει ότι τα παιδιά αντιλαμβάνονται την οικογένεια να χαρακτηρίζεται από μέτρια συνοχή και υψηλή προσαρμοστικότητα (Farina & Galimberti, 1993; Scabini & Galimberti, 1995). Στην ιδανική οικογένεια οι νέοι επιθυμούν μεγαλύτερη προσαρμοστικότητα.

Είδαμε συνεπώς δύο από τις βασικές λειτουργίες μιας οικογένειας που είναι ο βαθμός προσαρμοστικότητας μιας οικογένειας και ο βαθμός συνοχής της. Η πρώτη αναφέρεται στην ικανότητα της οικογένειας να επιτρέπει αλλαγές στους κανόνες και τις σχέσεις των ρόλων της και η δεύτερη στον συναισθηματικό δεσμό των μελών μεταξύ τους. Σύμφωνα με τον Olson και το σύστημα ταξινόμησης του Μοντέλο Circumplex που βασίζεται στις δύο προαναφερθείσες λειτουργίες, όταν η οικογένεια παρουσιάζει πολύ μεγάλο βαθμό συνοχής, χαρακτηρίζεται ως εμπλεγμένη, ενώ ο μικρός βαθμός συνοχής οδηγεί σε αποδέσμευση των μελών της. Όταν παρουσιάζει υψηλό βαθμό προσαρμοστικότητας χαρακτηρίζεται ως χαοτική, ενώ η πολύ μικρή προσαρμοστικότητα μπορεί να οδηγήσει σε ακαμψία (Olson, 1986). Η υπερβολική προσαρμοστικότητα λοιπόν οδηγεί σε υπερβολική αλλαγή ενώ η ελάχιστη προσαρμοστικότητα μπορεί να οδηγήσει σε στασιμότητα. Η προσαρμοστική οικογενειακή λειτουργία απαιτεί ισορροπία ανάμεσα στη σταθερότητα και την αλλαγή και η συνοχή απαιτεί ισορροπία ανάμεσα στην εμπλοκή και την αποδέσμευση.

3.1. Η Λειτουργική/Δυσλειτουργική οικογένεια

Συνεπώς, η οικογένεια προσεγγίζεται ως ένα ιδιαίτερο σύστημα με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά: εξετάζεται ως ένα σύστημα που βρίσκεται σε συνεχή αλληλεπίδραση με το περιβάλλον του και η συμπεριφορά των μελών του γίνεται κατανοητή μόνο στο πλαίσιο των σχέσεων που αναπτύσσονται μεταξύ τους. Έπειτα, η οικογένεια ως σύστημα, διαθέτει τη δική της ταυτότητα' δεν αποτελεί απλά άθροισμα των συμπεριφορών των μελών που την απαρτίζουν. Επίσης, λειτουργεί ως ένας ομοιοστατικός μηχανισμός που εξασφαλίζει σταθερότητα περιβάλλοντος. Από την άλλη, η οικογένεια αποτελείται από υποσυστήματα, αλλά και η ίδια με τη σειρά της αποτελεί υποσύστημα κάποιου ευρύτερου συστήματος. Άρα οφείλει να μελετηθεί η επίδραση αυτού του υπερκείμενου συστήματος στην οικογένεια. (Τσαμπαρλή, 2004)

Μια φυσική διαδικασία αλλαγής μέσα στην οικογένεια αποτελεί η εξέλιξη: η οικογένεια όταν εξετάζεται μακροπρόθεσμα θεωρείται ως ένα σύστημα που εξελίσσεται, περνώντας διάφορες αναπτυξιακές φάσεις, μέσα στον χρόνο.

Κατά τη διάρκεια αυτών των αναπτυξιακών φάσεων, χρησιμοποιεί τρόπους προσαρμογής ώστε να επιστρέψει στην προτέρα λειτουργία της (Τσαμπαρλή, 2004). Στις αλλαγές που συντελούνται, οι νέες δομές είναι απαραίτητες.

Όπως αναφέρθηκε ανωτέρω, η οικογένεια αποτελεί ένα σύστημα με δικά του χαρακτηριστικά, δομή, κανόνες και ρόλους. Ανεξάρτητα από τη μορφή της (*πυρηνική, μονογονεϊκή, ανασυσταμένη*), τείνει να αναπτύσσεται με τέτοιο τρόπο ώστε να ανταποκρίνεται στις ανάγκες των μελών της.

Παράγοντες που επηρεάζουν τη λειτουργία της οικογένειας είναι η εθνικότητα, η κοινωνική τάξη (Goldenberg, 1999), η κοινωνικο-οικονομική δύναμη, το δίκτυο των συγγενών ή ο κρίσιμος ρόλος του φύλου ως παράγοντα ανάπτυξης της ατομικής ταυτότητας. Βέβαια, υπάρχουν οικογένειες που θεωρούνται ευτυχισμένες, ανεξάρτητα από αυτούς τους παράγοντες: σύμφωνα με τους Goldenberg και Goldenberg (1998) είναι αυτές που χαρακτηρίζονται ως πιο ευέλικτες και προσαρμοστικές στις εκάστοτε μεταβαλλόμενες συνθήκες, που μπορούν να εξασφαλίσουν τη διαγενεαλογική συνέχεια, που σέβονται τις ανάγκες των μελών τους και χαρακτηρίζονται από σαφήνεια ρόλων και σχέσεων μέσα στην οικογένεια.

Από την άλλη, η μελέτη των διαδικασιών της οικογένειας δίνουν έμφαση στη δομή, τις λειτουργίες αλλά και τα σχήματα αλληλεπίδρασης στην οικογένεια. Οι Kantor & Lehr (στο Goldenberg & Goldenberg, 2005), σε μια προσπάθεια ταξινόμησης τύπων της οικογενειακής δομής, οδηγήθηκαν στη διαμόρφωση τριών, αντιπροσωπεύοντας ο καθένας διαφορετικούς τρόπους συναλλαγής με τον εξωτερικό κόσμο. Χωρίς αυτό να σημαίνει ότι κάποιος τύπος οικογένειας υπερέχει των άλλων, ωστόσο έχει δικούς τους κανόνες, προκειμένου να εξασφαλίσει την ισορροπία. Ενώ στον ανοιχτό τύπο οικογένειας, για παράδειγμα, τα μέλη της ασκούν τον διάλογο και τη συνεργασία μεταξύ τους και έχουν την ικανότητα να επιλύουν τα προβλήματά τους, τα μέλη της κλειστής οικογενειακής δομής ακολουθούν άκαμπτους κανόνες και αυστηρή ιεραρχία, για να εξασφαλίσουν αίσθηση ασφάλειας και σταθερότητα. Οι τυχαίες οικογένειες χαρακτηρίζονται από καινοτομία, μικρό αριθμό κανόνων εύκολα παραβιάσιμων και ευέλικτων ορίων. Για τους Kantor & Lehr, η δυσλειτουργία της οικογένειας δεν προκύπτει αναγκαστικά από αυτές τις δομές: δυνητικά, κάθε τύπος οικογένειας μπορεί να αντιμετωπίζει προβλήματα.

Αρχικά, οι συστημικοί ερευνητές εστιάστηκαν στην αλληλεπίδραση της οικογένειας. Σταδιακά, το μοντέλο αυτό εμπλουτίστηκε με άλλα στοιχεία από διαφορετικά επίπεδα ανάλυσης της συμπεριφοράς (π.χ. *ασυνείδητες παραδοχές της οικογενειακής ομάδας, συναισθηματικό κλίμα, η αφήγηση της οικογένειας και κατασκευή της πραγματικότητάς της*) (Goldenberg & Goldenberg, 2005). Ταυτόχρονα, σταδιακά υποστηρίχθηκε (L'Abbate, 1994) ότι η οικογενειακή αλλά και η ατομική εκτίμηση είναι αναγκαίες για τη συνολική άποψη του οικογενειακού συστήματος (Goldenberg & Goldenberg, 2005).

Συνεπώς, φαίνεται πως η εκτίμηση μιας οικογένειας ως λειτουργικής αποτελεί δύσκολο εγχείρημα. Η λειτουργία της οικογένειας εξάλλου είναι μια έννοια δύσκολη να οριστεί. Πρέπει να λάβουμε υπόψη ότι αποτελεί, όπως προαναφέραμε, ένα ανοιχτό σύστημα το οποίο από τη στιγμή που βρίσκεται σε αλληλεπίδραση με το περιβάλλον του, νοσεί όταν το περιβάλλον νοσεί. Η διαφορετική ταυτότητα της κάθε οικογένειας επιβάλλει να επιστρατεύονται διαφορετικοί τρόποι προσαρμογής στην αλλαγή του συστήματος αυτού. Από την άλλη, η ύπαρξη δυσλειτουργίας δεν αποτελεί πάντα παθολογία, αφού μια οικογένεια μπορεί, για παράδειγμα, να αναπτύξει τρόπους προσαρμογής (Τσαμπαρλή, 2004).

Σε μια προσπάθεια ορισμού της παθολογικής συμπεριφοράς, χρειάζεται να γίνει ένας ξεκάθαρος διαχωρισμός της από τη φυσιολογική συμπεριφορά. Προς τον σκοπό αυτόν

στο παρελθόν μάς βοηθούσαν στατιστικά και λειτουργικά κριτήρια: τα στατιστικά εστίαζαν στη συχνότητα εμφάνισης της συμπεριφοράς και στην απόκλιση που παρουσίαζαν από το μέσο όρο, ενώ τα λειτουργικά στις επιπτώσεις της συμπεριφοράς αυτής στην προσαρμογή του ατόμου (Παρασκευόπουλος, 1988). Κατά τον Whitaker και το εμπειρικό μοντέλο, η παθολογική συμπεριφορά είναι απόρροια των ίδιων μηχανισμών που διέπουν τη φυσιολογική συμπεριφορά. Νεότερες θεωρήσεις, θέλουν τη φυσιολογική και την παθολογική συμπεριφορά να αποτελούν σημεία μιας συνεχούς δυσλειτουργίας της οικογένειας (Τσαμπάρλή, 2004). *«Κάθε παθολογικό φαινόμενο επιτελεί μια λειτουργία για την ψυχική ζωή του υποκειμένου ή για τη ζωή ενός συστήματος υποκειμένων»* (Montreuil, 2007).

Πληθώρα γενετικών, περιβαλλοντικών και κοινωνικών παραγόντων ορίζουν κατά πόσο η ανάπτυξη της προσωπικότητας θα είναι φυσιολογική ή θα παρουσιάσει παρεκκλίσεις. Η συνολική κλινική έκφραση των ψυχικών διαταραχών αποτελεί την ψυχοπαθολογία. Η οικογενειακή ψυχοπαθολογία, αποτελεί την παθογένεια στον χώρο της οικογένειας, όταν αυτή ανατρέπει την ισορροπία της οικογενειακής ζωής, και περιλαμβάνει δυσλειτουργία στη δομή ή τα αλληλεπιδραστικά σχήματα της οικογένειας. Συνεπώς, το πρόβλημα εδώ, δεν αφορά μόνο τον αναφερόμενο ως ασθενή αλλά όλη την οικογένεια.

Συνεπώς, η σύγχρονη θεώρηση εστιάζει για τις παρεκκλίσεις αυτές στο οικογενειακό πλαίσιο μέσα στο οποίο εκδηλώνονται, ενώ οι εκάστοτε συμπεριφορές αποτελούν ένδειξη ενός ελαττωματικού συστήματος. Εδώ το σημείο παθολογίας δεν εντοπίζεται στο άτομο, εσωτερικά, αλλά στη σχέση μεταξύ δύο ή περισσότερων μελών μιας ομάδας. Η ανάπτυξη συμπτωματικής συμπεριφοράς δηλαδή γίνεται κατανοητή μόνο μέσα στο πλαίσιο αλληλεπιδραστικών διαδικασιών μέσα στην οικογένεια (Bross & Benjamin, 1982, στο Goldenberg, 2005).

Συνεπώς, αν και στις πρώιμες έρευνες στον τομέα της οικογενειακής θεραπείας, θεωρείτο ότι η δυσλειτουργία στις οικογενειακές σχέσεις αποτελούσε την κύρια αιτία των ψυχικών διαταραχών, τα τελευταία χρόνια έχει αναζωπυρωθεί το ενδιαφέρον αναφορικά με τη σχέση μεταξύ των οικογενειακών σχημάτων αλληλεπίδρασης και των ψυχικών διαταραχών. Ως βάση δηλαδή ορίζεται η γενετική προδιάθεση αλλά και οι περιβαλλοντικοί παράγοντες, όπως προαναφέρθηκε. Από την άλλη ωστόσο, η εμφάνιση ψυχοπαθολογίας επηρεάζεται και από ψυχοκοινωνικούς παράγοντες, όπως το υποστηρικτικό δίκτυο ή τη

συναισθηματική εμπλοκή των μελών της οικογένειας (Goldenberg, 2005) ή την επιρροή απροσδόκητων ή καταστροφικών γεγονότων (Montreil, 2007).

Για την οικογενειακή θεραπεία συνεπώς, η δυσλειτουργία του ατόμου συνδέεται με τον βαθμό δυσλειτουργίας του οικογενειακού συστήματος σε μια δεδομένη χρονική στιγμή του κύκλου ζωής που αναλύσαμε παραπάνω (Τσαμπάρλη, 2004). Μια κοινή παραδοχή όλων των θεωρητικών σχολών οικογενειακής θεραπείας που αναλύθηκαν ανωτέρω είναι ότι η κατανόηση της συμπεριφοράς συνδέεται πάντοτε με το πλαίσιο της. Οι επιπτώσεις της παραδοχής αυτής είναι προφανείς: Η ψυχοπαθολογία του ατόμου συνυφαίνεται με αυτή της οικογενειακής λειτουργίας .

Πληθώρα ερευνών συντάσσεται με αυτή τη θεώρηση: Η σοβαρότητα της συμπτωματολογίας στην ελλειμματική προσοχή φάνηκε να συνδέεται άμεσα με κάποιες εκφάνσεις οικογενειακής λειτουργικότητας όπως: συγκινησιακή δεκτικότητα και συγκινησιακή συμμετοχή (Lemelin et al, 2009). Οικογένειες των οποίων ένα μέλος είναι καταθλιπτικό, σημειώνουν φτωχότερη οικογενειακή λειτουργία συγκριτικά με υγιείς οικογένειες (Keitner et al. 1986, 1987a). Η ψυχοπαθολογία των γονέων και το μη-ευνοϊκό οικογενειακό περιβάλλον θεωρήθηκαν υπεύθυνα για υψηλότερο δείκτη κοινωνικής φοβίας των παιδιών (S. Knapp et al, 2009), ενώ χαρακτηριστικά συνδεόμενα με χρόνια ασθένεια των γονέων, σε συνδυασμό με καταθλιπτική συμπτωματολογία και οικογενειακή δυσλειτουργία σε κάποιους τομείς, οδηγούν σε συναισθηματικές διαταραχές και διαταραχές συμπεριφοράς των παιδιών (Diareme et al, 2009).

Το αντίστροφο ωστόσο, δεν έχει επαρκώς διερευνηθεί, το εάν και κατά πόσο δηλαδή στις ασυμπτωματικές οικογένειες υπάρχει ψυχοπαθολογία. Στην παρούσα μελέτη θα επιχειρήσουμε να διερευνήσουμε τη σχέση ψυχοπαθολογίας στο άτομο και της λειτουργίας της οικογένειάς του σε υγιή πληθυσμό, μελέτη από την οποία θα προκύψουν γόνιμα συμπεράσματα αναφορικά με την λειτουργία της υγιούς οικογένειας στην Ελλάδα.

Στην προσπάθεια να αποκτήσουμε μία πιο ολοκληρωμένη θεώρηση της οικογενειακής λειτουργίας, θα την προσεγγίσουμε με γνώμονα ένα συστημικό μοντέλο λειτουργικότητας, το Mc Master (*McMaster model of family functioning*), το οποίο λαμβάνει υπ' όψιν του κοινωνικές, ψυχολογικές και βιολογικές λειτουργίες της οικογένειας.

Η αποτελεσματικότητα της λειτουργίας μιας οικογένειας θα εκτιμηθεί σε συνάρτηση με καθεμία από τις έξι διαστάσεις της οικογενειακής ζωής, οι οποίες βοηθούν να κατανοήσουμε τη δομή, την οργάνωση και τα αλληλεπιδραστικά σχήματα μιας οικογένειας που σχετίζονται με τις οικογενειακές δυσκολίες. Οι διαστάσεις αυτές έχουν αποδειχτεί ως οι πιο χρήσιμες για να χρησιμοποιηθούν σε κλινικό περιβάλλον, καθώς δεν αποτελούν εξαντλητική κατηγοριοποίηση όλων των όψεων της οικογενειακής ζωής. (Miller et al, 2000).

4.0. Η Λειτουργία της Οικογένειας σύμφωνα με το Μοντέλο Mc Master

4.1. ΜΟΝΤΕΛΟ MC MASTER

Η κλίμακα Mc Master Clinical Rating Scale της ερευνητικής ομάδας των Eipstein, Baldwin και Bishop (1983) δημιουργήθηκε με στόχο την εκτίμηση της λειτουργίας της οικογένειας. Το κύριο χαρακτηριστικό της κλίμακας αυτής (σε σχέση με άλλες αντίστοιχες) είναι ότι περιλαμβάνει όλες τις βασικές πλευρές της λειτουργίας μιας οικογένειας. Με την έννοια αυτή υποστηρίζεται από τα περισσότερα θεωρητικά μοντέλα. Εστιάζει σε συγκεκριμένες διαστάσεις της οικογενειακής λειτουργίας και επικεντρώνεται σε τρεις βασικές περιοχές:

- Περιοχή βασικών καθηκόντων
- Περιοχή αναπτυξιακών καθηκόντων
- Περιοχή καθηκόντων κινδύνου

Σύμφωνα με την ανωτέρω κλίμακα, η υγεία της οικογένειας είναι συνδεδεμένη με την ικανότητά της να εκτελεί ορισμένα σημαντικά οικογενειακά καθήκοντα (Goldenberg & Goldenberg, 2005). Αδυναμία αντιμετώπισης αυτών των καθηκόντων από την πλευρά της οικογένειας συνεπάγεται κλινικό πρόβλημα.

Το μοντέλο αυτό διαπνέεται από κάποιες βασικές υποθέσεις:

- Όλα τα μέλη μιας οικογένειας συσχετίζονται μεταξύ τους

-Η λειτουργία ενός μέλους μιας οικογένειας μπορεί να κατανοηθεί μόνο σε συνάρτηση με τα υπόλοιπα μέλη της

-Η οικογενειακή λειτουργία δεν μπορεί να κατανοηθεί μόνο μέσα από την λειτουργία κάθε μέλους χωριστά

-Η δομή και οργάνωση μιας οικογένειας αποτελούν παράγοντες που ασκούν σημαντική επίδραση στα μέλη της οικογένειας

-Τα πρότυπα αλληλεπίδρασης του οικογενειακού συστήματος διαμορφώνουν τη συμπεριφορά των μελών της οικογένειας (Miller et al, 2000, σελ. 169).

Το Mac Master έχει αποδειχτεί ιδιαίτερα ευαίσθητο σε κλινικό πληθυσμό. Αναπτύχθηκε μετά από σειρά ετών κλινικής και ερευνητικής εμπειρίας με οικογένειες και έχει χρησιμοποιηθεί σε πολυάριθμες έρευνες. Οι διαστάσεις που μετρά αποδείχτηκαν ιδιαίτερα χρήσιμες σε κλινική αξιολόγηση και θεραπεία οικογένειας (Eirstein, Bishop & Levine, 1978). Δεν είναι μόνο διαστάσεις FAD αλλά διαστάσεις που έχουν χρησιμοποιηθεί σε κλινικές συνεντεύξεις, οικογενειακή θεραπεία και εκπαίδευση (Miller, Kabakoff, Bishop et al, 1994). Η μέθοδος της παρατήρησης δεν αποδείχτηκε η κατάλληλη για την εκτίμηση της λειτουργίας της οικογένειας, αφού οι συμπεριφορές αυτές μπορεί να μην αναπαραχθούν σε πραγματικές συνθήκες (Eirstein et al, 1983). Το ερωτηματολόγιο αυτό μετρά τις αντιλήψεις των ανθρώπων για τις οικογένειές τους. Οι όψεις της οικογενειακής λειτουργίας θα είναι εντελώς ανεξάρτητες μεταξύ τους αν και θα περιμέναμε κάποιο πρόβλημα σε μία διάσταση οικογενειακής λειτουργίας να έχει αντίκτυπο και στις υπόλοιπες.

4.1.1 ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ

Η διάσταση της επικοινωνίας αφορά τον τρόπο που μεταδίδεται ανάμεσα στα μέλη μιας οικογένειας.

Αναφέρεται στα χαρακτηριστικά της επικοινωνίας όπως αυτές μπορούν να επισημανθούν στις συναλλαγές των μελών της οικογένειας. Το μοντέλο του Mc Master επικεντρώνεται στις εξής ιδιότητες της επικοινωνίας:

- Λεκτική (η μη λεκτική καταγραφή είναι μεθοδολογικά δύσκολη)

- Άμεση και έμμεση. Αυτή η ιδιότητα της επικοινωνίας αναφέρεται στη σχέση ανάμεσα στον πομπό της επικοινωνίας και στον δέκτη. Ένα χαρακτηριστικό της υγιούς επικοινωνίας είναι το μήνυμα να αποστέλλεται κατευθείαν και να μην υπάρχουν παρεμβάσεις . Για παράδειγμα η το παιδί να επικοινωνεί άμεσα με τον πατέρα, χωρίς να παρεμβαίνει ο πατέρας.
- Σαφής και καλυμμένη. Η ιδιότητα αυτή αφορά το περιεχόμενο της επικοινωνίας. Η δυνατότητα να επικοινωνήσει κανείς ξεκάθαρα το μήνυμα αποτελεί σημαντικό παράγοντα της υγιούς λειτουργίας αλλά και της δόμησης της ταυτότητας των μελών μιας οικογένειας.

Τέλος το μοντέλο του Mc Master διαχωρίζει την επικοινωνία σε δυο περιοχές: α. την λειτουργική και β. την συναισθηματική. Αν και οι δυο αυτές περιοχές επικαλύπτονται, ωστόσο η λειτουργία τους είναι διακριτή. Κάποιες οικογένειες έχουν καλή ικανότητα λειτουργικής επικοινωνίας. Για παράδειγμα, σε περίπτωση κρίσης μπορούν να λειτουργήσουν γρήγορα και αποτελεσματικά ώστε να αντιμετωπίσουν την κρίση. Ωστόσο η συναισθηματική επικοινωνία ανάμεσα στα μέλη δεν είναι ικανοποιητική, με αποτέλεσμα να μην νοιώθουν τον βαθμό στήριξης και ασφάλειας που είναι απαραίτητη για τη δόμηση της προσωπικότητας των παιδιών.

4.1.2 ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗ

Η συναισθηματική ανταπόκριση καταδεικνύει την ικανότητα της οικογένειας να αντιδρά σε μία κατάσταση έχοντας το κατάλληλο συναίσθημα, ποιοτικά και ποσοτικά. Λέγοντας ποιοτικά εννοούμε ότι η οικογένεια ανταποκρίνεται με όλο το φάσμα πιθανών ανθρωπίνων συναισθημάτων. Λέγοντας ποσοτικά αναφερόμαστε στον βαθμό στον οποίο ανταποκρίνεται η οικογένεια και ο βαθμός αυτός εκτείνεται σε ένα συνεχές (Mc Master, 2000).

Η δυνατότητα αυτή θα δημιουργήσει ένα κλίμα ασφάλειας και εμπιστοσύνης στα μέλη της, τα οποία αισθανόμενα ότι ανήκουν σε ένα σύστημα που τους παρέχει ασφάλεια,

νιώθουν ότι ανήκουν κάπου χωρίς να απειλείται η ατομικότητά τους. Με τον τρόπο αυτό, ανταποκρίνονται στα συναισθήματα των υπολοίπων μελών της οικογένειας, λειτουργούν με ενσυναίσθηση που είναι και η πιο αποτελεσματική μορφή εμπλοκής των μελών της οικογένειας κατά το Mc Master (1978) και συνεργάζονται από κοινού για να διαχειριστούν τα προβλήματά τους. Από την άλλη, αισθάνονται ελεύθερα να εγκαταλείπουν το συναισθηματικό κλίμα της οικογένειας όποτε παραστεί ανάγκη, αλλά και να επιστρέφουν σε αυτό.

4.1.3 ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΕΜΠΛΟΚΗ

Η συναισθηματική εμπλοκή καθρεφτίζει τον βαθμό στον οποίο η οικογένεια δίνει αξία στα ενδιαφέροντα των μελών της. Εδώ η εστίαση γίνεται όχι απλά σε αυτά που κάνουν μαζί τα μέλη μιας οικογένειας αλλά στην ποσότητα και τον τρόπο με τον οποίο αλληλεπιδρούν τα μέλη μιας οικογένειας δείχνοντας ενδιαφέρον για τις δραστηριότητες των μελών της και επενδύοντας σε αυτά (Mc Master, p.171).

Κάθε οικογένεια επιδεικνύει διαφορετικό βαθμό εμπλοκής. Αυτό εκτείνεται από την έλλειψη ανάμειξης συναισθημάτων μεταξύ των μελών της οικογένειας όπου απλά τα μέλη μοιράζονται τον ίδιο χώρο και επιτελούν παρόμοιες λειτουργίες έως την συμβιωτική εμπλοκή: εδώ η εμπλοκή είναι τόσο μεγάλη όπου τα άτομα αδυνατούν να αυτονομηθούν και η οικογένεια αποτυγχάνει να αποδεχτεί την διαφορετικότητα των μελών της.

Η πιο αποτελεσματική μορφή εμπλοκής των μελών της οικογένειας είναι η ενσυναίσθηση όπου τα μέλη της οικογένειας επιδεικνύουν αληθινό ενδιαφέρον για τα υπόλοιπα μέλη.

4.1.4 ΕΛΕΓΧΟΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ

Η διάσταση αυτή ασχολείται με τα σχήματα που χρησιμοποιεί η οικογένεια όταν καλείται να αντιμετωπίσει ποικίλες καταστάσεις. Οι καταστάσεις αυτές χωρίζονται στις καταστάσεις κινδύνου που η οικογένεια χρειάζεται να αναπροσαρμόσει τη συμπεριφορά των μελών της, σε αυτές που αποτελούν έκφραση ψυχοβιολογικών αναγκών (τροφή, ύπνος

κ.α.) και αυτές που απαιτούν αλληλεπίδραση ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας ή και με άτομα έξω από αυτήν. Εδώ είναι σημαντικό να λαμβάνεται υπ' όψιν η συμπεριφορά όλων των μελών της οικογένειας σε κάθε περίπτωση ανεξάρτητα από το αν μια συγκεκριμένη συνθήκη αφορά τον ενήλικα (οδήγηση υπό την επήρεια μέθης για παράδειγμα) ή το ίδιο το παιδί (παιχνίδι που μπορεί να θέσει την ζωή του σε κίνδυνο). Εξίσου σημαντικό είναι να συνυπολογίζονται παράγοντες όπως η ηλικία ή το φύλο των ατόμων. Οι οικογένειες ορίζουν κάποιες συμπεριφορές ως αποδεκτές. Το εύρος στο οποίο πρέπει να εκτείνεται η εκάστοτε συμπεριφορά ορίζει τον βαθμό ελέγχου της συμπεριφοράς της οικογένειας (Mc Master, Miller et al, 2000, p.172) δημιουργώντας τέσσερα είδη:

-άκαμptos, αφήνοντας μικρά περιθώρια για αλλαγή και διαπραγμάτευση

-ευέλικτος, που επιτρέπει αλλαγή και αποτελεί την πιο αποτελεσματική μορφή ελέγχου συμπεριφοράς

-laissez-faire, που επιτρέπει κάθε μορφή συμπεριφοράς

-χαotικός όπου η οικογένεια δεν έχει αποφανθεί ποιο είδος ελέγχου συμπεριφοράς να εφαρμόσει που αποτελεί και την λιγότερο αποτελεσματική μορφή συμπεριφοράς.

4.1.5 ΡΟΛΟΙ

Η διάσταση αυτή μετρά πόσο ξεκάθαρα είναι διανεμημένοι οι ρόλοι και οι ευθύνες ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας. Το μοντέλο Mc Master (2000), ορίζει τους ρόλους ως συμπεριφορές που επαναλαμβάνει η οικογένεια προκειμένου να ικανοποιήσει τις λειτουργίες της. Οι λειτουργίες μιας οικογένειας χωρίζονται εκ νέου σε λειτουργικές και συναισθηματικές από τη μια (εξασφάλιση τροφής και ρουχισμού, συναισθηματική στήριξη, διατήρηση σταθερού οικογενειακού συστήματος), και σε αυτές που δεν είναι απαραίτητες για την αποτελεσματική λειτουργία της οικογένειας. Είναι μοναδικές για κάθε οικογένεια, δεν εκπληρώνουν τις βασικές της ανάγκες, όμως προκύπτουν στην εξέλιξη κάθε οικογένειας.

Στην έννοια του ρόλου ενσωματώνονται έννοιες όπως απόδοση ρόλων και ευθυνών μεταξύ των μελών της οικογένειας που ορίζονται είτε ρητά είτε σιωπηρά. Μια οικογένεια χαρακτηρίζεται υγιής όταν οι λειτουργίες της εκπληρώνονται επαρκώς. Νωρίτερα όμως θα

πρέπει οι ρόλοι να έχουν κατάλληλα διανεμηθεί στα μέλη της οικογένειας ώστε να επιτελούν τις λειτουργίες της.

4.1.6 ΕΠΙΛΥΣΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

Καθρεφτίζει την ικανότητα επίλυσης οικογενειακών προβλημάτων με έναν τρόπο όμως που να διασφαλίζεται η διατήρηση της οικογενειακής λειτουργίας .

Μία δυσκολία βιώνεται ως πρόβλημα όταν η παρουσία του απειλεί την ακεραιότητα και λειτουργικότητα της οικογένειας και όταν τα μέλη της δυσκολεύονται να βρουν λύση σε αυτό, ενώ προσπαθούν να διατηρηθεί ισορροπία στην οικογενειακή λειτουργία.

Τα προβλήματα αυτά διακρίνονται σε λειτουργικά και συναισθηματικά, με τα πρώτα να αφορούν καθημερινά προβλήματα της οικογενειακής ζωής όπως τη διαχείριση των χρημάτων για παράδειγμα και τα δεύτερα να σχετίζονται με τα συναισθήματα των μελών της οικογένειας. Ωστόσο, υπάρχουν χρόνιες δυσκολίες οι οποίες δε νοούνται ως προβλήματα αφού δεν απειλούν την ακεραιότητα της οικογένειας (Mc Master, 2000, p.170).

Πιο αποτελεσματικές χαρακτηρίζονται οι οικογένειες που μπορούν να επιλύσουν εύκολα και γρήγορα συναισθηματικά και λειτουργικά προβλήματα αλλά και να εκπληρώσουν τα περισσότερα από τα στάδια αυτής της διαδικασίας η οποία περιλαμβάνει: ταυτοποίηση του προβλήματος , κοινοποίησή του στις κατάλληλες πηγές για επίλυση, ανάπτυξη εναλλακτικού πλαισίου δράσης, απόφαση, δράση που ανταποκρίνεται μερικώς ή επαρκώς σε αυτό που είχε προαποφασιστεί, έλεγχος εάν η δράση ανταποκρίνεται στις αποφάσεις και τέλος εκτίμηση της επιτυχίας της έκβασης.

5.1 Η οικογένεια στην Ελλάδα σήμερα

Η οικογένεια έχει αποτελέσει αντικείμενο μελέτης πολλαπλών επιστημών από τις αρχές του 19^{ου} αιώνα. Αποτελεί έναν θεσμό που έχει υποστεί αρκετές αλλαγές και μεταμορφώσεις στη δομή και τη λειτουργία της, αν και με αργούς ρυθμούς στην Ελλάδα

ίσως λόγω των παραδοσιακού της χαρακτήρα και της θέσης της στην ελληνική κοινωνία (Ρήγα, 2012). Σύμφωνα με τους Goldenberg & Goldenberg (2005), «είναι ένα φυσικό και κοινωνικό σύστημα με δικά του χαρακτηριστικά και ιδιότητες, το οποίο έχει αναπτύξει ένα σύνολο κανόνων, είναι γεμάτο ανατιθέμενους και αποδιδόμενους ρόλους για τα μέλη του, διαθέτει μια οργανωμένη δομή εξουσίας και έχει αναπτύξει πολύπλοκους φανερούς και κρυφούς τρόπους επικοινωνίας και επίλυσης προβλημάτων που επιτρέπουν διάφορα καθήκοντα να εκτελούνται με αποτελεσματικό τρόπο».

Στη μελέτη της οικογένειας θεμελιώδη ρόλο διαδραματίζουν έννοιες όπως δομή και λειτουργία. Η δομή αναφέρεται στον αριθμό των μελών της οικογένειας και τους ρόλους τους ενώ ως λειτουργία ορίζεται «το σύνολο των τρόπων με τους οποίους η οικογένεια ικανοποιεί τις φυσικές και ψυχολογικές ανάγκες των μελών ώστε να εξασφαλίζει τη βιολογική και την ψυχολογική και κοινωνική επιβίωσή της, όπως είναι η εξασφάλιση τροφής και στέγης, η επικοινωνία με φιλικά πρόσωπα, οι σχέσεις με την πατρική οικογένεια και άλλους συγγενείς, η αποδοχή και αναγνώριση από τον κοινωνικό περίγυρο» (Γεώργας, 2000).

Μετασχηματισμοί της ελληνικής κοινωνίας στη μετάβασή της από την αγροτική στη βιομηχανική εποχή έχουν ως αποτέλεσμα την αντιπαράθεση παραδοσιακής και σύγχρονης κοινωνίας που απαντάται συχνά σε μελέτες για τη δομή της ελληνικής οικογένειας. Συνεπώς, η εξέλιξη της οικογένειας περνά από τρεις φάσεις: α) από τη δομή μιας αγροτικής κοινωνίας, όπου η οικογενειακή μονάδα γίνεται αντιληπτή ως μονάδα παραγωγής και κατανάλωσης και οι ατομικές ανάγκες ταυτίζονται με τις ανάγκες της ομάδας β) προχωρώντας με μεγάλη ταχύτητα στη βιομηχανική οργάνωση της κοινωνίας, όπου η οικογένεια δραστηριοποιείται οικονομικά και αποκτά πυρηνικά χαρακτηριστικά γ) και οδεύοντας στην οργάνωση της οικογενειακής ζωής στην ύστερη νεωτερικότητα, όπου η ανάγκη για ικανοποίηση ατομικών αναγκών είναι πλέον γεγονός και όπου απαντώνται εναλλακτικές μορφές γάμου και οικογένειας (Muncie, Wetherell, 2009).

Τα νέα αυτά οικογενειακά σχήματα που εμπλουτίζονται από το 1970 και έπειτα (Ρήγα, 2012), όπως η συγκατοίκηση που γίνεται ολοένα και συχνότερη ή οι ανασυστημένες οικογένειες, πρεσβεύουν διαφορετικές αξίες από αυτές της συζυγικής οικογένειας. Ο ρυθμός επίσης ανάπτυξης των μονογονικών οικογενειών αυξάνεται σημαντικά. Όσον αφορά τις ομοφυλοφιλικές οικογένειες, η θέση ενός παιδιού δεν αποτελεί - προς το παρόν τουλάχιστον - αντικείμενο συζήτησης στην ελληνική πραγματικότητα. Καθώς η ελληνική

οικογένεια προχωρά στην ύστερη νεωτερικότητα, το σύμφωνο ελεύθερης συμβίωσης κάνει την εμφάνισή του (ψηφίστηκε το 2008). Πρόκειται για μια νέα μορφή προγαμιαίας συμβίωσης με απλουστευμένες διαδικασίες σύναψης και λύσης. Ταυτόχρονα, παρατηρείται αύξηση μητρότητας ανήλικων γυναικών, πτώση γαμηλιότητας και αύξηση τέλεσης δεύτερου γάμου. Ο ρυθμός αύξησης των διαζυγίων στην Ελλάδα παραμένει σταθερός αν και χαμηλότερος από άλλες ευρωπαϊκές χώρες, αφού το 2004 το ποσοστό των διαζυγίων ήταν 1,1 ανά χίλιους κατοίκους (Muncie, Wetherell, 2009).

Η πυρηνική οικογένεια (η οποία περιλαμβάνει τους γονείς και τα παιδιά σε χωριστά σπίτια ή μακριά από τους συγγενείς), έστω κι αν θεωρείτο για τον Parsons (1949) το οικογενειακό σύστημα που προσαρμόζεται περισσότερο στη διαδικασία εκσυγχρονισμού, με τις αλλαγές στην οικογένεια και τα νέα κοινωνικά μορφώματα που έχουν κάνει την εμφάνισή τους στον ελλαδικό χώρο τα τελευταία χρόνια, μπορούμε πλέον να μιλάμε για ένα σύστημα οικογένειας το οποίο από άποψη δομής δε φαίνεται να μοιάζει με την πυρηνική οικογένεια. Από πλευράς λειτουργίας όμως εξακολουθεί να υιοθετεί βασικά χαρακτηριστικά της, όπως αξίες και σχέσεις ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας. Το νέο αυτό σχήμα αποτελώντας μεταφορά της εκτεταμένης οικογένειας - που περιλαμβάνει τρεις ή περισσότερες γενιές ατόμων - από τα χωριά στις πόλεις, ονομάζεται εκτεταμένη αστική οικογένεια (Γεώργας, 2006).

B. ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

6.0 ΕΡΕΥΝΑ

Σκοπός της ερευνητικής μελέτης, η οποία βασίστηκε σε εμπειρική έρευνα (επισκόπηση με ερωτηματολόγιο) είναι η διερεύνηση της σχέσης ανάμεσα στην ψυχοπαθολογία του ατόμου και της οικογενειακής δυσλειτουργίας. Επιπλέον στόχος της έρευνας είναι να διερευνήσει τη σχέση ψυχοπαθολογίας στο άτομο και της λειτουργίας της οικογένειάς του σε υγιή πληθυσμό.

Η διερεύνηση που επιχειρείται στην παρούσα εργασία κρίνεται αναγκαία, καθώς μέσα από αυτή θα προκύψουν γόνιμα συμπεράσματα σχετικά με τη λειτουργικότητα της υγιούς οικογένειας στην Ελλάδα, συμπεράσματα που ενδεχομένως να συμβάλουν στην εύρεση θεραπευτικών παρεμβάσεων για τη μελλοντική βελτίωση της υγείας της οικογένειας.

6.1 ΜΕΘΟΔΟΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗΣ

6.1.1. Μέσα συλλογής δεδομένων

Για την εκτέλεση της έρευνας χορηγήθηκε ερωτηματολόγιο το οποίο περιελάμβανε:

- a) Ερωτηματολόγιο δημογραφικών στοιχείων, τα οποία εξετάζονται με ερωτήσεις κλειστού τύπου που ερευνούν τις κάτωθι μεταβλητές: το φύλο, την ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο, την οικογενειακή κατάσταση, την ύπαρξη παιδιών από τον ίδιο ή προηγούμενο γάμο, την ύπαρξη αδερφών, την αδερφική θέση στην οικογένεια και τον τόπο κατοικίας.
- b) Ερωτηματολόγιο FACES, {κατασκευάστηκε από τους Olson & Lavee (1985) και σταθμίστηκε στον ελληνικό πληθυσμό από Μπίμπου, Στογιαννίδου, Παπαγεωργίου και Κιοσέογλου (1997)}. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου γίνεται με βάση την ατομική αντίληψη του συμμετέχοντος αν και ελλοχεύουν κίνδυνοι, όπως κατέδειξαν έρευνες, αναφορικά με την ικανότητα εκτίμησης του υποκειμένου ή την εξασθένηση της μνήμης του (Babor, Brown & Del Boca, 1990).

Είδαμε νωρίτερα πως δύο από τις βασικές λειτουργίες μιας οικογένειας είναι ο βαθμός προσαρμοστικότητάς της και ο βαθμός συνοχής της. Η προσαρμοστική οικογενειακή λειτουργία απαιτεί ισορροπία ανάμεσα στη σταθερότητα και την αλλαγή και η συνοχή απαιτεί ισορροπία ανάμεσα στην εμπλοκή και την αποδέσμευση. Η θέση της οικογένειας σε αυτό το συνεχές διαφαίνεται από τις αποκρίσεις σε ένα ερευνητικό εργαλείο [Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales (FACES III) (Olson, 1986)]. Πρόκειται για μία πεντάβαθμη κλίμακα Likert η οποία μετρά τις σχέσεις που αναπτύσσονται μεταξύ των μελών μιας οικογένειας. Αποτελείται από 20 θέματα-ερωτήσεις, κατανοητές ακόμα και από ένα παιδί 12 ετών, που απαντώνται δύο φορές. Οι απαντήσεις που δίνει κάθε μέλος δείχνουν αρχικά το πώς βλέπει την οικογένεια εκείνη τη στιγμή και έπειτα το πώς θα περιέγραφε ιδανικά την οικογενειακή λειτουργία. Η διαφορά που προκύπτει αποτελεί ένα μέτρο ικανοποίησης: όσο μικρότερη είναι η διαφορά τόσο μεγαλύτερη είναι η ικανοποίηση για την οικογενειακή λειτουργία. Η σύγκριση των

απαντήσεων των μελών της οικογένειας δίνει μια εικόνα αντιπροσωπευτική της λειτουργίας της οικογένειας. Υψηλά λειτουργικά οικογένειες χαρακτηρίζονται αυτές που έχουν μέτρια βαθμολογία και στη συνοχή και την προσαρμοστικότητα, ενώ η υπερβολική βαθμολογία και στις δύο διαστάσεις φανερώνει μία χαμηλά λειτουργική οικογένεια. Η ισορροπημένη οικογενειακή λειτουργικότητα μπορεί να πάρει μία από τις τέσσερις μορφές: ευέλικτα διαχωρισμένη, ευέλικτα συνδεδεμένη, δομημένα διαχωρισμένη και δομημένα συνδεδεμένη (Goldenberg & Goldenberg, 2005).

Η προσαρμογή βασίστηκε σε δείγμα 204 παιδιών ηλικίας 14-18 ετών, των οποίων οι γονείς συμπλήρωσαν την κλίμακα. Η κλίμακα θεωρείται έγκυρη ενώ η αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας βρέθηκε 0,97 για τη συνοχή και 0.96 για την προσαρμοστικότητα (Σταλίκας, 2002).

- c) FAD: Το επόμενο εργαλείο το οποίο θα χρησιμοποιηθεί είναι ένα σχέδιο εκτίμησης και συγκεκριμένα ένα ερωτηματολόγιο προσωπικής αναφοράς 60 σημείων (FAD) που συμπληρώνεται από τα μέλη της οικογένειας και καλύπτει το φάσμα των παρακάτω έξι όψεων της οικογενειακής λειτουργίας :

-Επίλυση προβλημάτων από την οικογένεια

-Οικογενειακή επικοινωνία

-Οικογενειακοί ρόλοι

-Συναισθηματική ανταπόκριση

-Συναισθηματική εμπλοκή

-Έλεγχος συμπεριφοράς

-Γενική Λειτουργικότητα: Η υποκλίμακα General Functioning Scale (GF) της FAD αποτελείται από 12 διαπιστώσεις, 6 εκ των οποίων περιγράφουν υγιή λειτουργικότητα και έξι μη υγιή. Η κλίμακα, έχοντας καλή αξιοπιστία και εγκυρότητα, απεικονίζει μια σφαιρική σύντομη εκτίμηση της υγείας ή μη της οικογένειας (Byles et al, 1988).

Το FAD είναι βασισμένο στην κλίμακα Mc Master Clinical Rating Scale [Κλινική ποσοτική κλίμακα Mac Master (Eipstein, Baldwin & Bishop, 1983)].

Το FAD έχει χρησιμοποιηθεί σε έρευνες σε Καναδά, Ουγγαρία, Κίνα, Τουρκία, Ισραήλ, Ιαπωνία και άλλες χώρες για την κατάθλιψη (e.g. Keithner et al 2003), προβλήματα με το αλκοόλ (e.g. McKay et al 1994), παχυσαρκία (e.g. Wen et al 2011), αυτοκτονική συμπεριφορά σε εφήβους (King, Segal, Naylor & Evans, 1993) αλλά και σε ενήλικες με εγκεφαλικό (e.g. Clark et al 2003).

Έχει μεταφραστεί και σταθμιστεί σε πολλές γλώσσες. Στα ελληνικά έχει μεταφραστεί αλλά δεν έχει σταθμιστεί ακόμα. Έχει χρησιμοποιηθεί όμως σε λίγες έρευνες χωρίς στάθμιση (π.χ. Soumaki et al, 2009; Σταθαρού & συνεργάτες, 2011).

d) C. SCL-90-R

Ως προς την καταγραφή της παρουσιαζόμενης ψυχοπαθολογίας στον υγιή πληθυσμό θα χρησιμοποιηθεί μία κλίμακα ψυχολογίας Symptom Checklist 90-Revised (Derogatis, 1992) αποτελούμενη από 90 διαπιστώσεις περιγράφοντας ψυχολογικές, συμπεριφορικές και σωματικές αιτιάσεις. Η προκύπτουσα ψυχοπαθολογία διακρίνεται σε 9 υποκλίμακες. Πιο συγκεκριμένα αποτελείται από αιτιάσεις που αφορούν:

- 1) σωματοποίηση (σωματική δυσλειτουργία),
- 2) ψυχαναγκαστικότητα-καταναγκαστικότητα (το εν λόγω κλινικό σύνδρομο),
- 3) διαπροσωπική ευαισθησία (αιτιάσεις προσωπικής ανεπάρκειας ιδιαίτερα σε σύγκριση με τους άλλους),
- 4) κατάθλιψη (απηχεί το εν λόγω κλινικό σύνδρομο),

- 5) επιθετικότητα (εκδηλώσεις θυμού και επιθετικότητας),
- 6) φοβικό άγχος (απηχεί κυρίως το αγοραφοβικό άγχος),
- 7) παρανοειδή ιδεασμό (αιτιάσεις που αφορούν παρανοειδή ιδεασμό),
- 8) ψυχωτισμό (σύμμειξη στοιχείων της σχιζοφρένειας με στοιχεία απόστασης στις διαπροσωπικές σχέσεις),
- 9) διάφορες αιτιάσεις.

Η βαθμολόγηση των υποκλιμάκων της ανωτέρω κλίμακας γίνεται με την άθροιση των βαθμολογιών των διαπιστώσεων από τις οποίες αποτελείται. Ταυτόχρονα εξάγονται και 3 δείκτες ψυχοπαθολογίας οι οποίοι αφορούν:

- α) τον αριθμό των αιτιάσεων και την ένταση της ενόχλησης (Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων - ΓΔΣ),
- β) τον αριθμό των συμπτωμάτων (Σύνολο Θετικών Συμπτωμάτων - ΣΘΣ) και
- γ) την ένταση της ενόχλησης μόνο (Δείκτης Ενόχλησης Θετικών Συμπτωμάτων - ΔΕΘΣ).

Η στάθμιση της κλίμακας σε ελληνικό πληθυσμό από τους Ντώνια, Καραστεργίου και συνεργάτες (1991), βασίστηκε σε δείγμα 53 ατόμων του υγιή πληθυσμού και 248 ψυχιατρικά ασθενών. Είναι έγκυρη, η εγκυρότητα κριτηρίου είναι ικανοποιητική (Σταλίκας, 2002).

6.2 ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΕΣ-ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ

Το επιλεγμένο δείγμα των Ελληνικών οικογενειών που συμμετείχαν στην έρευνα συγκροτήθηκε στην Αθήνα το 2013. Αρκετοί συμμετέχοντες ζούσαν όμως και σε περιοχές της Ηπειρωτικής Ελλάδας όπως Θεσσαλονίκη, Λαμία, Αρκαδία, Καλαμάτα ή και νησιά όπως Χίο και Σκιάθο. Χρησιμοποιήθηκε η διαδικασία της τυχαίας δειγματοληψίας: στην έρευνα κλήθηκαν να συμμετάσχουν 453 Έλληνες, ήτοι 150 οικογένειες. Απαραίτητες προϋποθέσεις συμμετοχής στην έρευνα ήταν: να μιλούν την ελληνική γλώσσα, να έχουν ηλικία από 12 ετών και άνω και να μην έχουν φύγει από την πατρική τους εστία. Όλοι οι συμμετέχοντες είχαν γεννηθεί στην Ελλάδα από Έλληνες γονείς και είχαν την ελληνική υπηκοότητα. Έχει

αποδειχθεί εξάλλου ότι η οικογενειακή λειτουργία φαίνεται να διαφοροποιείται σε διαφορετικές κουλτούρες.

Στους συμμετέχοντες παρασχέθηκαν πληροφορίες για την έρευνα, ενώ οι απαντήσεις των τριών ερωτηματολογίων που παρελήφθησαν αντιμετωπίστηκαν σύμφωνα με τους οδηγούς τους.

Ακολουθεί στατιστική ανάλυση των ερευνητικών δεδομένων.

.7.0. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Μετά την αποδελτίωση των ερωτηματολογίων, ακολούθησε η στατιστική επεξεργασία των δεδομένων για την οποία χρησιμοποιήθηκε το λογισμικό πακέτο Statistical Package for Social Sciences (SPSS v.17.00, SPSS Inc, Chicago IL).

Τα ερωτηματολόγια δόθηκαν συνολικά σε 500 άτομα (γονείς και παιδιά). Από την έρευνα εξαιρέθηκαν οι οικογένειες στις οποίες συμπλήρωσε το ερωτηματολόγιο μόνο ένα άτομο ή μόνο τα παιδιά. Επιπροσθέτως, εξαιρέθηκαν τα ερωτηματολόγια των οποίων η συμπλήρωση για κάποιο λόγο δεν ολοκληρώθηκε όπως καταδεικνύεται από το γεγονός ότι οι τελευταίες 10 και περισσότερες ερωτήσεις δεν είχαν απαντηθεί. Βάσει αυτών το δείγμα αποτελούνταν από 453 άτομα (N=453). Σημειώνεται ότι στα προσμετρούμενα ερωτηματολόγια δεν παρατηρήθηκαν ελλείπουσες τιμές.

Για την περιγραφή των χαρακτηριστικών του δείγματος, οι κατηγορικές μεταβλητές περιγράφονται ως 'Συχνότητα (έγκυρο ποσοστό)', ενώ οι διαστημικές και συνεχείς μεταβλητές περιγράφονται ως 'Μέση τιμή \pm 1 τυπική απόκλιση [εύρος]'.

Σημειώνεται ότι στην τελευταία κατηγορία περιγραφής ανήκουν και οι κλίμακες και οι υποκλίμακες των ερωτηματολογίων, γιατί σύμφωνα με τις οδηγίες των συντακτών των ερωτηματολογίων, οι διαστάσεις που περιλαμβάνουν προκύπτουν ως μέσες τιμές ερωτημάτων διατακτικών ερωτημάτων τύπου Likert. Συνεπώς, γίνεται υπόρρητα η παραδοχή ότι αποτελούν διαστημικές μεταβλητές και ως εκ τούτου θα αντιμετωπίζονται ως τέτοιες.

Δεδομένων αυτών η επιλεχθείσα στατιστική δύναται να είναι παραμετρική. Όμως, θα πρέπει να ελεγχθούν οι προϋποθέσεις για την επιλογή ενός στατιστικού ελέγχου και για το λόγο αυτό ελέγχθηκε αρχικά η κανονικότητα των δεδομένων βάσει οπτικού ελέγχου των γραφημάτων (P-P) καθώς και των ελέγχων Kolomogorov-Smirnov και Shapiro-Wilk.

Βρέθηκε ότι υπήρχε οπτικά ελέγξιμη, αλλά και στατιστικώς σημαντική απόκλιση από την κανονικότητα (βλ. ενότητα 'Αποτελέσματα') και, άρα, οι επιλεχθείσες αναλύσεις ήταν μη παραμετρικές.

Συνεπώς, για τη διερεύνηση της στατιστικής σημαντικότητας της διαφοροποίησης των ατόμων με περίπτωση ψυχοπαθολογίας έναντι αυτών χωρίς στην κλίμακα και στις υποκλίμακες του FAD (δηλαδή, δύο ανεξάρτητων ομάδων του δείγματος ως προς διαστημικές μεταβλητές) χρησιμοποιήθηκε ο μη παραμετρικός έλεγχος Mann-Whitney U.

Τέλος, για τη διερεύνηση της διαφοροποίησης ως προς το φύλο σχετικά με την αντιλαμβανόμενη ψυχοπαθολογία (δηλαδή, δύο ανεξάρτητων ομάδων ως κατηγορική μεταβλητή) χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος χ^2 .

Στο επόμενο κεφάλαιο παρατίθενται οι πίνακες όπου γίνεται η περιγραφική ανάλυση των δεδομένων που συλλέχθηκαν από την έρευνα. Το κοινωνικοδημογραφικό προφίλ του δείγματος παρουσιάζεται στον Πίνακα 1.

.8.0. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Σύμφωνα με τον Πίνακα 1, σ' ένα σύνολο 453 ερωτηθέντων συμμετείχαν 259 γονείς και 194 παιδιά. Το τελικό δείγμα γονέων συγκροτήθηκε από 117 άντρες και 142 γυναίκες ενώ το δείγμα των παιδιών από 68 αγόρια και 126 κορίτσια.

Συνοπτική παρουσίαση του δείγματος

Πίνακας 1. Οι συμμετέχοντες και οι συμμετέχουσες σε αυτή την έρευνα (συνοπτικά).

	Άνδρες/Αγόρια	Γυναίκες/Κορίτσια	Σύνολο
Γονείς	117	142	259
Παιδιά	68	126	194
Σύνολο	185	268	453

Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Κατόπιν, επιλέχθηκε ο διαχωρισμός των χαρακτηριστικών του δείγματος σε γονείς και παιδιά.

Πίνακας 2. Δημογραφικά χαρακτηριστικά των γονέων ($N_f = 259$).

Χαρακτηριστικό

Φύλο

Άνδρας	117 (45,2%) ^α
Γυναίκα	142 (54,8%)

Ηλικία 51,38±8,20 [31-75]^β

Εκπαίδευση

Υποχρεωτική	40 (15,4%)
Απολυτήριο Λυκείου	106 (40,9%)
Τριτοβάθμια	113 (43,6%)

Εργασία

Αυτοαπασχολούμενοι	28 (10,8%)
Ανώτεροι υπάλληλοι	112 (43,2%)
Εργάτες	76 (29,3%)
Συνταξιούχος	36 (13,9%)
Άνεργος/-η	7 (2,7%)

Ασθένεια (σωματική ή ψυχική)

Όχι	237 (91,5%)
Ναι	22 (8,5%)

Άτομα στο σπίτι 3,74±0,80 [2-8]

Οικογενειακή κατάσταση

Έγγαμος/-η	243 (93,8%)
Άγαμος/-η	4 (1,5%)
Σε διάσταση	2 (0,8%)
Διαζευγμένος/-η	3 (1,2%)
Χήρος/-α	7 (2,7%)

Παιδιά

Όχι	0 (0,0%)
-----	----------

Ναι	259 (100%)
Αριθμός παιδιών	1,95±0,72 [1-6]
Από προηγούμενο γάμο	
Όχι	254 (0,0%)
Ναι	5 (100%)
Αριθμός παιδιών	1,4±0,55 [1-2]
Υιοθεσία	
Όχι	257 (0,0%)
Ναι	2 (100%)
Αριθμός παιδιών	1,0±0,00 [1-1]
<i>Τόπος κατοικίας</i>	
Αθήνα-Πειραιάς-Θεσσαλονίκη	230 (88,8%)
Ηπειρωτική Ελλάδα και Εύβοια	18 (6,9%)
Νησιά	11 (4,2%)

^α Για την κάθε κατηγορία χαρακτηριστικού: Συχνότητα (έγκυρο ποσοστό)

^β Για τις διαστημικές μεταβλητές: Μέση τιμή ± τυπική απόκλιση [εύρος]

Σύμφωνα με τον παραπάνω πίνακα (Πίνακας 2), από τους γονείς που απάντησαν στην έρευνα οι 243 ήταν έγγαμοι, οι 4 άγαμοι, 5 διαζευγμένοι ή σε διάσταση και 7 χήροι με 1-2 παιδιά.

Επίσης, το 5% των γονέων του δείγματός μας είχαν παιδί από προηγούμενο γάμο. Ακόμη, βρέθηκαν δύο γονείς με υιοθετημένο παιδί. Οι γονείς είχαν κατά μέσο όρο 2 παιδιά, ενώ σε κάθε σπίτι διέμεναν τέσσερα άτομα.

Η μέση τιμή ηλικίας των γονέων που συμμετείχαν στην έρευνα ήταν 51,38 έτη , με ελάχιστη παρατηρούμενη τα 31 έτη και μέγιστη παρατηρούμενη τα 75 έτη.

Αναφορικά με την εκπαίδευση των γονέων, το 15,4% των γονέων ήταν απόφοιτοι υποχρεωτικής εκπαίδευσης, το 40,9% απόφοιτοι Λυκείου και το 43,6% τριτοβάθμιας εκπαίδευσης.

Σχετικά με το επάγγελμα, το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων ήταν ανώτεροι υπάλληλοι(43,2%) και λιγότερο εργάτες(29,3%) και αυτοαπασχολούμενοι(10,8%). Τέλος, το 13.9% δήλωσαν συνταξιούχοι και το 2,7% άνεργοι.

Αναφορικά με τον τόπο κατοικίας τους, το 88,8%, ήτοι 230 γονείς, διέμενε σε μεγάλες πόλεις, ενώ μόλις το 6,9% (18 γονείς) στην Ηπειρωτική Ελλάδα και το 4,2%(11 γονείς) σε νησιά.

Πίνακας 3. Δημογραφικά χαρακτηριστικά των παιδιών (N_n= 194).

Χαρακτηριστικό		
<i>Φύλο</i>		
	Αγόρι	68 (35,1%) ^α
	Κορίτσι	126 (64,9%)
<i>Ηλικία</i>		
		23,62±6,35 [12-39] ^β
<i>Εκπαίδευση</i>		
	Υποχρεωτική	26 (13,4%)
	Λύκειο	64 (33,0%)
	Τριτοβάθμια	104 (53,6%)
<i>Εργασία</i>		
	Αυτοαπασχολούμενοι	23 (11,9%)
	Ανώτεροι υπάλληλοι	57 (29,4%)
	Εργάτες	12 (6,2%)
	Μαθητής/τρια, Φοιτητής/-τρια	83 (42,8%)
	Άνεργος/-η	19 (9,8%)
<i>Ασθένεια (σωματική ή ψυχική)</i>		
	Όχι	176 (90,7%)
	Ναι	18 (9,3%)
<i>Άτομα στο σπίτι</i>		
		3,85±0,89 [2-8]
<i>Οικογενειακή κατάσταση</i>		
	Άγαμος/-η	194 (100%)
<i>Παιδιά;</i>		
	Όχι	194 (100%)
<i>Αδέρφια</i>		
	Όχι	25 (12,9%)
	Ναι	169 (87,1%)
	Αδερφούς	1,16±0,43 [1-3]
	Αδερφές	1,16±0,42 [1-3]
<i>Σειρά γέννησης</i>		

Μοναχοπαίδι	21 (10,8%)
1 ^ο παιδί	82 (42,3%)
2 ^ο παιδί	79 (40,7%)
3 ^ο παιδί	9 (4,6%)
4 ^ο παιδί	3 (1,5%)
<i>Πατέρας εν ζωή</i>	
Όχι	10 (5,2%)
Ναι	184 (94,8%)
Στην μόνιμη κατοικία του παιδιού	
Ναι	167 (86,1%)
Όχι	17 (8,8%)
Διαζευγμένος	13 (76,5%)
Εργασία μακριά	4 (23,5%)
<i>Μητέρα εν ζωή</i>	
Ναι	194 (100%)
Στην μόνιμη κατοικία του παιδιού	
Ναι	194 (100%)
<i>Τόπος κατοικίας</i>	
Αθήνα-Πειραιάς-Θεσσαλονίκη	176 (90,7%)
Ηπειρωτική Ελλάδα και Εύβοια	16 (8,2%)
Νησιά	2 (1,0%)

^α Για την κάθε κατηγορία χαρακτηριστικού: Συχνότητα (έγκυρο ποσοστό)

^β Για τις διαστημικές μεταβλητές: Μέση τιμή ± τυπική απόκλιση [εύρος]

Όσον αφορά τα παιδιά, ο Μ. Ο. ηλικίας των παιδιών που συμμετείχαν στην έρευνα ήταν 23,62 έτη, ενώ το ποσοστό μοναχοπαιδιών άγγιξε το 10,8%. Η τυπική απόκλιση της ηλικίας υπολογίστηκε σε 6.35 έτη (N=194). Το 13,4% του δείγματός μας αποτελούνταν από μαθητές υποχρεωτικής εκπαίδευσης, ήτοι 26, το 33% από μαθητές δευτεροβάθμιας ήτοι 64, και το 53,6% από σπουδαστές ή απόφοιτους τριτοβάθμιας εκπαίδευσης.

Το μεγαλύτερο ποσοστό λοιπόν των ερωτηθέντων ήταν μαθητές ή σπουδαστές (42,8%) ενώ αναφορικά με την επαγγελματική τους αποκατάσταση, και εδώ οι ανώτεροι υπάλληλοι φαίνονται να είναι περισσότεροι (29,4%) από εργάτες (6,2%) και

αυτοαπασχολούμενους (11,9%). Τέλος, αξίζει να σημειωθεί πως σχεδόν ένα στα δέκα ερωτηθέντα παιδιά πλήττονται από ανεργία με ποσοστό 9,8%.

Πιο συχνό στην έρευνα αυτή φαίνεται το ποσοστό των ερωτηθέντων παιδιών που ήταν πρώτοι στην σειρά γέννησης (42,3%) έναντι αυτών που ήταν δεύτεροι (40,7%), ενώ 4,6% των παιδιών κατείχε την τρίτη θέση και 1,5% την τέταρτη.

Αναφορικά με τον τόπο κατοικίας τους, το 90,7%, ήτοι 176 παιδιά διέμενε σε μεγάλες πόλεις, ενώ μόλις το 8,2% (16 γονείς) στην Ηπειρωτική Ελλάδα και το 1,0% (2 παιδιά) σε νησιά.

Τέλος, αναφορικά με την ύπαρξη φυσικής ή ψυχικής ασθένειας συνολικά στο δείγμα μας, απάντησαν θετικά 11 γονείς και 3 παιδιά. Οι ασθένειες που αντιστοιχούσαν στους γονείς αφορούσαν αγχώδεις διαταραχές (n=1) καρδιοπάθειες (n=1), εγκεφαλικό (n=1), κατάθλιψη(n=1), μεταμόσχευση νεφρού (n=1), νευρολογικό πρόβλημα (n=1), ρευματοειδή αρθρίτιδα (n=1), σακχαρώδη διαβήτη (n=1) και σκλήρυνση κατά πλάκας (n=1), ενώ τρία παιδιά αναφέρθηκαν με κάποια σωματική ή ψυχική ασθένεια όπως κατάθλιψη (n=1), ζαχαρώδη διαβήτη (n=1) και διαβήτη τύπου 1 (n=1).

.8.1.2 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΤΙΛΑΜΒΑΝΟΜΕΝΗΣ ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ ΓΟΝΕΩΝ ΚΑΙ ΠΑΙΔΙΩΝ

Όπως προαναφέρθηκε, σε γονείς και παιδιά τους δείγματος μας, χορηγήθηκε το ερωτηματολόγιο SCL-90R των 90 ερωτήσεων ή αλλιώς αυτοσυμπληρούμενη κλίμακα μέτρησης υποκειμενικών ενοχλημάτων των συμμετεχόντων σε διαστάσεις της ψυχοπαθολογίας το οποίο έχει μεταφραστεί και σταθμιστεί στα ελληνικά από τους Ντώνια και συνεργάτες (Ντώνιας και συν, 1991). Η εκτίμηση της ψυχοπαθολογίας προκύπτει από τρεις δείκτες: τον Γενικό Δείκτη Συμπτωμάτων (ΓΔΣ), που αφορά τον Μ.Ο. των 90 διαπιστώσεων, το Σύνολο Θετικών Συμπτωμάτων (ΣΘΣ), δηλαδή ο αριθμός των διαπιστώσεων με βαθμολογία ανώτερη του 0, και τον Δείκτη Ενόχλησης Θετικών Συμπτωμάτων (ΔΕΦΣ) που προκύπτει από το πηλίκο του $\Delta\Theta\text{Σ} \setminus 90 = \text{ΜΟ του } \Delta\Theta\text{Σ}$ και από τις υποκλίμακες που μετρά το SCL-90R (Σωματοποίηση, Ψυχαναγκαστικότητα, Καταναγκαστικότητα, Διαπροσωπική Ευαισθησία, Κατάθλιψη, Άγχος, Φοβικό άγχος, Θυμός, Επιθετικότητα, Παρανοειδής ιδεασμός, Ψυχωτισμός, διάφορα συμπτώματα (διαταραχές στην πρόσληψη τροφής, σκέψεις θανάτου, ενοχή). Οι διαπιστώσεις κάθε κλίμακας κυμαίνονται από 6 (Παρανοειδής ιδεασμός) έως 13 (Κατάθλιψη).

Πίνακας 4. Οι περιπτώσεις ψυχοπαθολογίας όπως αναγνωρίζονται από το SCL-90-R.
(Συνοπτική παρουσίαση του δείγματος).

<i>SCL-90-R</i> <i>Υποκλίμακες</i>	Γονείς (N _Γ =259)			Παιδιά (N _Π =194)		
	Άνδρες (N _{ΓΑ} =117)	Γυναίκες (N _{ΓΓ} =142)	Σύνολο	Αγόρια (N _{ΠΑ} =68)	Κορίτσια (N _{ΠΚ} =126)	Σύνολο
<i>SCL-90-R (συνολική)</i>	36%	39%	38%	46%	43%	43,8%

Βρέθηκε ότι το 38% του δείγματος των γονέων αντιλαμβάνεται συνολική ψυχοπαθολογία ενώ στα παιδιά αντιστοιχεί ποσοστό 43,8% αντιλαμβανόμενης ψυχοπαθολογίας.

Η γενική αντιλαμβανόμενη ψυχοπαθολογία, βάσει των απαντήσεων στο ερωτηματολόγιο, βρέθηκε ότι είναι πιο έντονη στις γυναίκες (39%) σε σχέση με τους άντρες (36%) αν και όχι στατιστικώς σημαντικά ($\chi^2(0,342)=, p=0,559$).

Η γενική αντιλαμβανόμενη ψυχοπαθολογία, βάσει των απαντήσεων στο ερωτηματολόγιο, βρέθηκε ότι είναι πιο έντονη στα αγόρια(46%) σε σχέση με τα κορίτσια (43%) αν και όχι στατιστικώς σημαντικά ($\chi^2(1)=0,134, p=0,715$).

Πίνακας 5. Οι περιπτώσεις ψυχοπαθολογίας όπως αναγνωρίζονται από το SCL-90-R.

<i>SCL-90-R</i> <i>Υποκλίμακες</i>	Γονείς (N _Γ =259)			Παιδιά (N _Π =194)		
	Άνδρες (N _{ΓΑ} =117)	Γυναίκες (N _{ΓΓ} =142)	Σύνολο	Αγόρια (N _{ΠΑ} =68)	Κορίτσια (N _{ΠΚ} =126)	Σύνολο
<i>SCL-90-R (συνολική)</i>	42(35,9%)	56 (39,4%)	98(37%)	31(45,6%)	54(42,9%)	85(43,8%)
<i>Σωματοποίηση</i>	25(21,3%)	49(34,5%)	74(28,5)	13(19,1%)	21(16,7%)	34(29%)
<i>Ψυχαναγκαστικότητα – Καταναγκαστικότητα</i>	26(22,22%)	46(32,3%)	72(27,5 %)	18(26,5%)	36(28,6%)	54(17,5%)
<i>Διαπροσωπική ευαισθησία</i>	20(17,1%)	33(23,23%)	53(20,4 %)	20(29,4%)	33(26,2%)	53(27,3%)
<i>Κατάθλιψη</i>	36(30,8%)	46(32,4%)	82(31,7 %)	19(27,9%)	28(22,22%)	47(24,2%)

Άγχος	29(24,8%)	28(19,7%)	57(22%)	17(25%)	22(17,5%)	39(20,1%)
Επιθετικότητα	34(29,1%)	45(31,7%)	79(30,5%)	22(32,4%)	40(31,7%)	62(32%)
Φοβικό άγχος	14(12%)	17(12%)	31(12%)	11(16,2%)	8(6,3%)	19(9,8%)
Παρανοειδής ιδεασμός	32(27,3%)	46(32,3%)	78(30%)	20(29,4%)	42(33,3%)	62(32%)
Ψυχωτισμός	21(18%)	35(24,6%)	56(21,6%)	18(26,4%)	34(27%)	52(26,84%)

Στο δείγμα των γονέων ($N_I=259$) βρέθηκε το 37% με συνολική αντιλαμβανόμενη ψυχοπαθολογία *SCL-90-R* (συνολική), το 28,5% με αντιλαμβανόμενη ψυχοπαθολογία στην διάσταση σωματοποίηση, το 27,5% με αντιλαμβανόμενη ψυχοπαθολογία στην διάσταση ψυχαναγκαστικότητα-καταναγκαστικότητα, το 20,4% με αντιλαμβανόμενη ψυχοπαθολογία στην διάσταση διαπροσωπική ευαισθησία, το 31,7% με αντιλαμβανόμενη ψυχοπαθολογία στην διάσταση κατάθλιψη, το 22% με αντιλαμβανόμενη ψυχοπαθολογία στην διάσταση άγχος, το 30,5% με αντιλαμβανόμενη ψυχοπαθολογία στην διάσταση επιθετικότητα, το 12% με αντιλαμβανόμενη ψυχοπαθολογία στην διάσταση φοβικό άγχος, το 30% με αντιλαμβανόμενη ψυχοπαθολογία στην διάσταση παρανοειδής ιδεασμός και το 21,6% με αντιλαμβανόμενη ψυχοπαθολογία στην διάσταση ψυχωτισμό.

Στο δείγμα των παιδιών ($N_{II}=194$) βρέθηκαν το 72,6% με συνολική αντιλαμβανόμενη ψυχοπαθολογία *SCL-90-R* (συνολική), 29% με αντιλαμβανόμενη ψυχοπαθολογία στην διάσταση σωματοποίηση, 46,1% με αντιλαμβανόμενη ψυχοπαθολογία στην διάσταση ψυχαναγκαστικότητα-καταναγκαστικότητα, το 45,3% με αντιλαμβανόμενη ψυχοπαθολογία στην διάσταση διαπροσωπική ευαισθησία, το 10,2% με αντιλαμβανόμενη ψυχοπαθολογία στην διάσταση κατάθλιψη, το 33,3% με αντιλαμβανόμενη ψυχοπαθολογία στην διάσταση άγχος, το 53% με αντιλαμβανόμενη ψυχοπαθολογία στην διάσταση επιθετικότητα, το 16,2% με αντιλαμβανόμενη ψυχοπαθολογία στην διάσταση φοβικό άγχος, το 53% με αντιλαμβανόμενη ψυχοπαθολογία στην διάσταση παρανοειδής ιδεασμός και το 44,4% με αντιλαμβανόμενη ψυχοπαθολογία στην διάσταση ψυχωτισμός.

Οι γυναίκες ($N_{II}=142$) φάνηκε να έχουν μεγαλύτερη αντιλαμβανόμενη ψυχοπαθολογία σχεδόν σε όλες τις υποκλίμακες εκτός από το άγχος-όπου εντοπίζεται διαφορά, σε σχέση με τους άντρες ($N_{II}=117$).). Όμως στατιστικώς σημαντικές είναι μόνο οι διαφοροποιήσεις στη Σωματικότητα ($\chi^2(1)=5,417, p=0,020$)

Τα κορίτσια ($N_{\text{PK}}=126$) φάνηκε να έχουν μικρότερη αντιλαμβανόμενη ψυχοπαθολογία σε σχέση με τα αγόρια ($N_{\text{PA}}=68$) σχεδόν σε όλες τις υποκλίμακες. Όμως, μόνη στατιστικώς σημαντική διαφοροποίηση είναι στο *Φοβικό Άγχος* ($\chi^2(1)=4,828$, $p=0,028$).

Οι διαστάσεις αντιλαμβανόμενης ψυχοπαθολογίας στις οποίες εντοπίζεται ο μεγαλύτερος αριθμός ανδρών ($N_{\text{ΓΑ}}=117$) είναι η κατάθλιψη ($N=36$), η επιθετικότητα ($N=34$) κι ο παρανοειδής ιδεασμός ($N=32$).

Οι διαστάσεις αντιλαμβανόμενης ψυχοπαθολογίας στις οποίες εντοπίζεται ο μεγαλύτερος αριθμός γυναικών ($N_{\text{ΓΓ}}=142$) είναι η σωματοποίηση ($N=49$), η ψυχαναγκαστικότητα ($N=46$), η κατάθλιψη ($N=46$), η επιθετικότητα ($N=45$), ο παρανοειδής ιδεασμός ($N=46$).

Οι διαστάσεις αντιλαμβανόμενης ψυχοπαθολογίας στις οποίες εντοπίζεται ο μεγαλύτερος αριθμός κοριτσιών ($N_{\text{PK}}=126$), είναι η ψυχαναγκαστικότητα ($N=36$), η επιθετικότητα ($N=40$), ο παρανοειδής ιδεασμός ($N=42$).

Οι διαστάσεις αντιλαμβανόμενης ψυχοπαθολογίας στις οποίες εντοπίζεται ο μεγαλύτερος αριθμός αγοριών ($N_{\text{PA}}=68$), είναι η διαπροσωπική ευαισθησία ($N=20$), η επιθετικότητα ($N=22$), ο παρανοειδής ιδεασμός ($N=20$).

Η γενική αντιλαμβανόμενη ψυχοπαθολογία, βάσει των απαντήσεων στο ερωτηματολόγιο, βρέθηκε ότι είναι πιο έντονη στις γυναίκες ($N_{\text{ΓΓ}}=142$) σε σχέση με τους άντρες ($N_{\text{ΓΑ}}=117$).

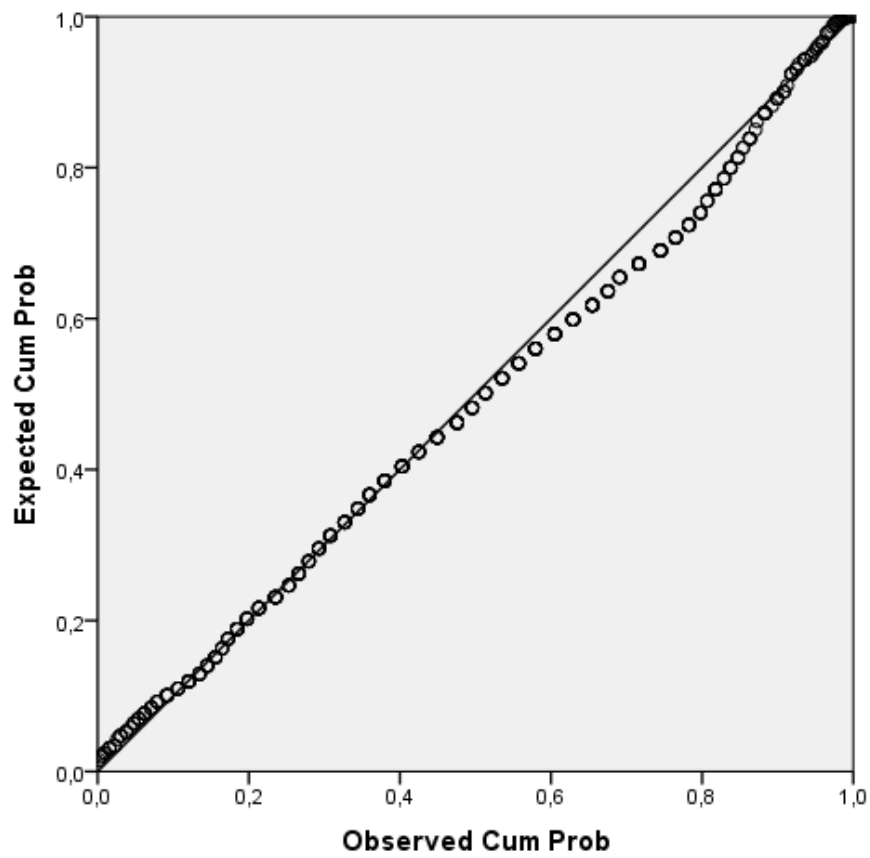
Η γενική αντιλαμβανόμενη ψυχοπαθολογία, βάσει των απαντήσεων στο ερωτηματολόγιο, βρέθηκε ότι είναι πιο έντονη στα αγόρια ($N_{\text{PK}}=126$) σε σχέση με τα κορίτσια ($N_{\text{PA}}=68$).

Κανονικότητα

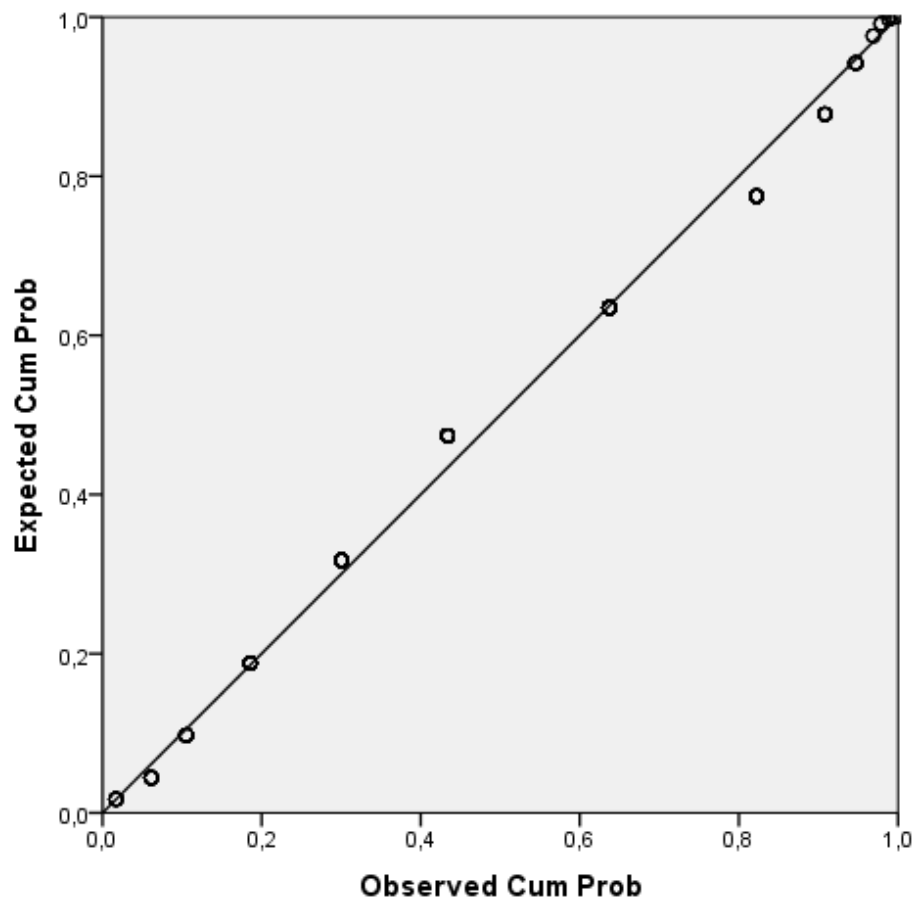
Για τον έλεγχο της κανονικότητας των υπό μελέτη διαστάσεων και υποδιαστάσεων πρώτα έγινε οπτικός έλεγχος των γραφημάτων P-P.

Παρατηρείται απόκλιση από την κανονικότητα όπως φαίνεται από τη διαφοροποίηση που υπάρχει μεταξύ θεωρητικών και παρατηρούμενων τιμών (απόκλιση από τη διαγώνιο στο γράφημα P-P).

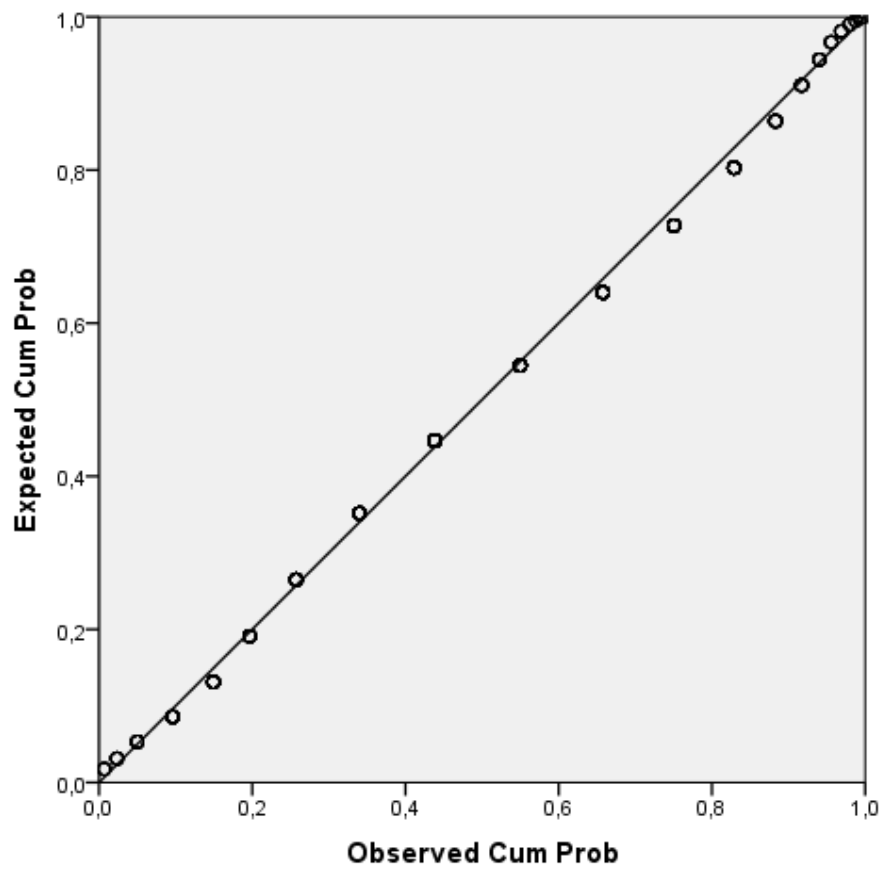
Σχήμα1. P-P γράφημα για 'συνολική οικογενειακή λειτουργικότητα'.



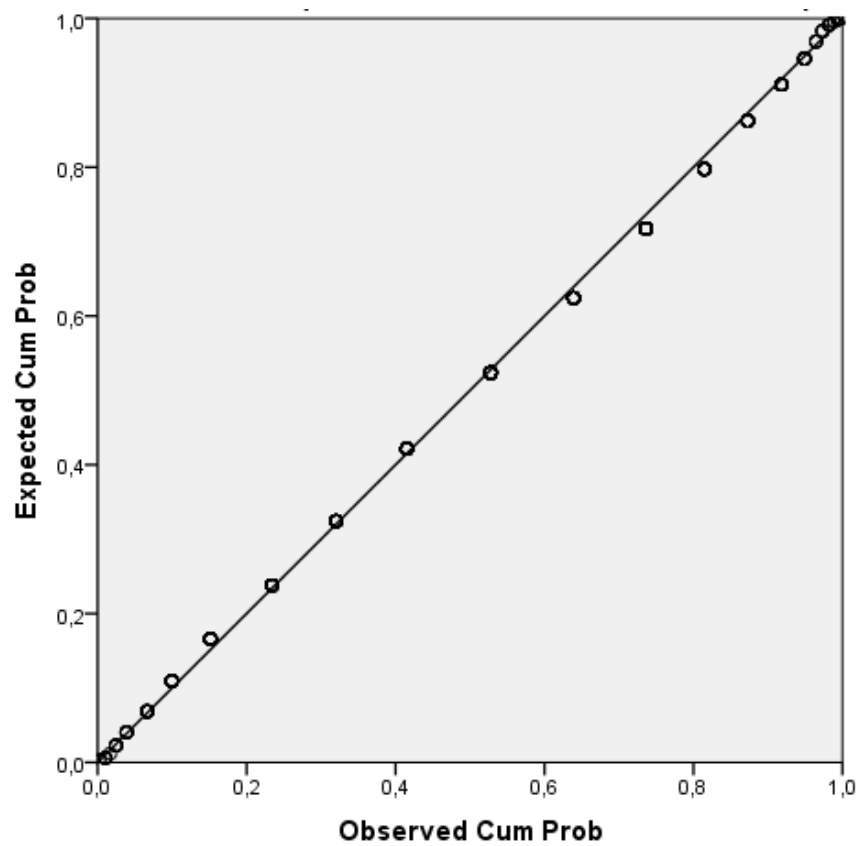
Σχήμα2. Ρ-Ργράφημα για ‘επίλυση προβλημάτων από την οικογένεια’.



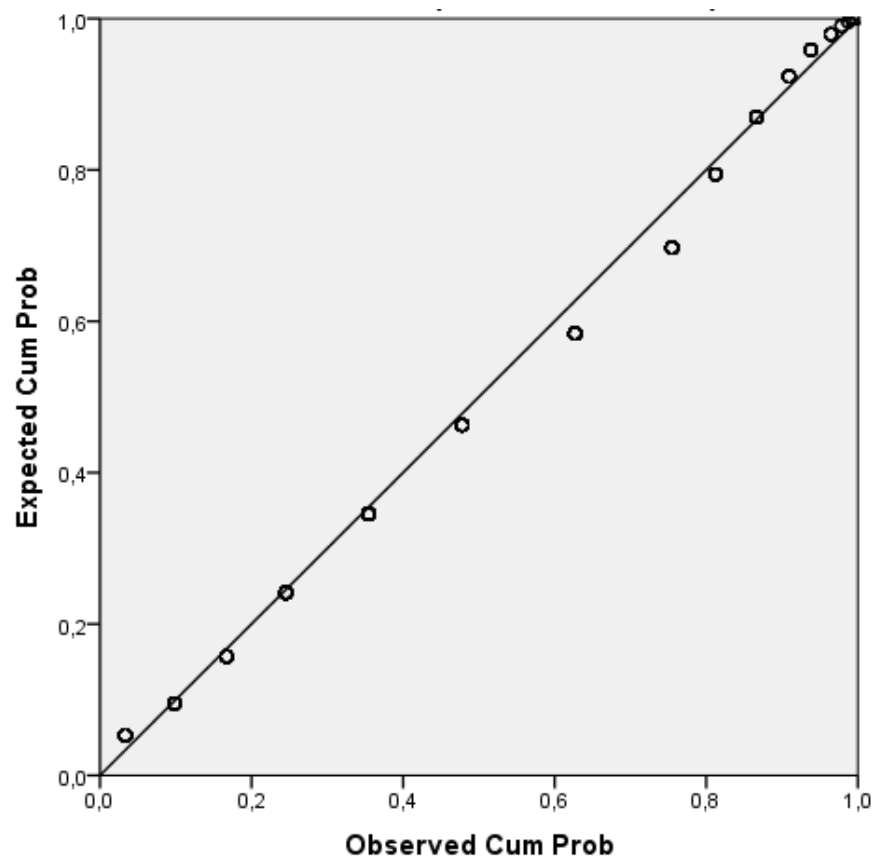
Σχήμα3. P-P γράφημα για 'οικογενειακή επικοινωνία'.



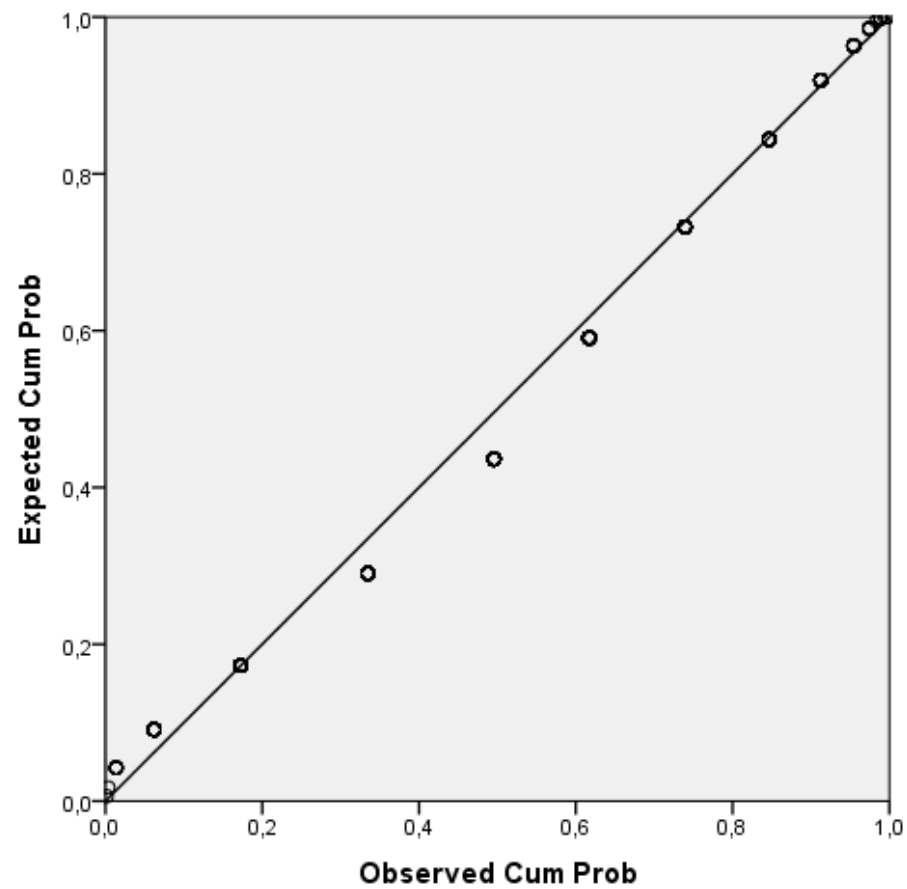
Σχήμα4. Ρ-Ργράφημα για 'οικογενειακοίρόλοι'.



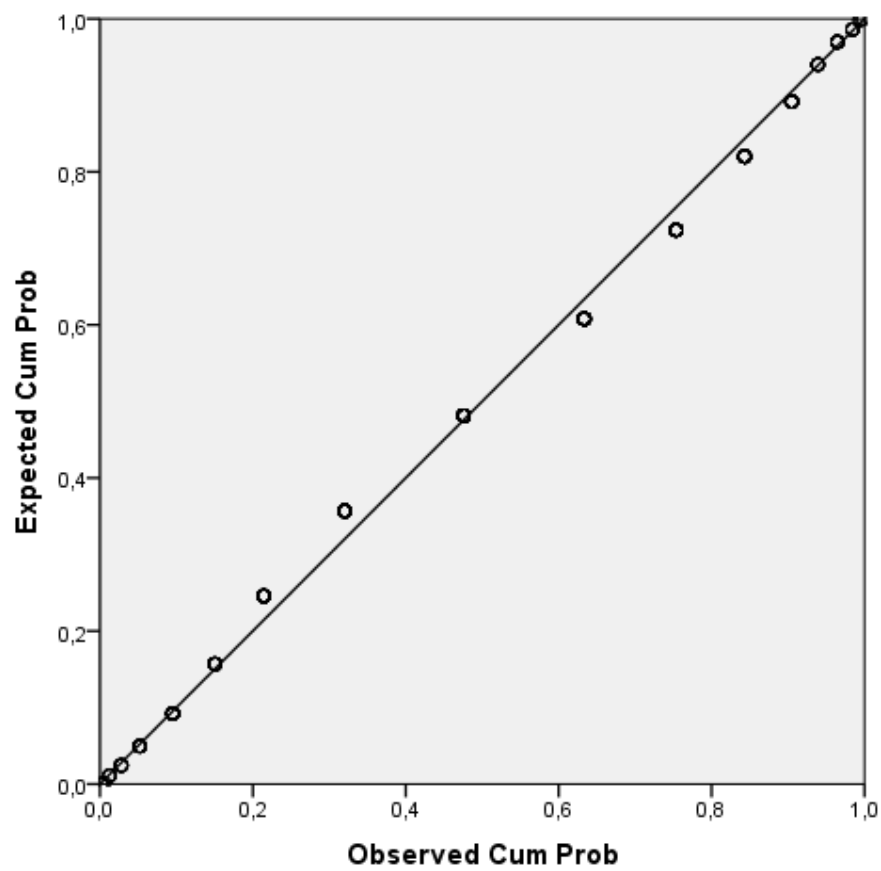
Σχήμα5. P-Πγράφημα για ‘affectiveresponsiveness’.



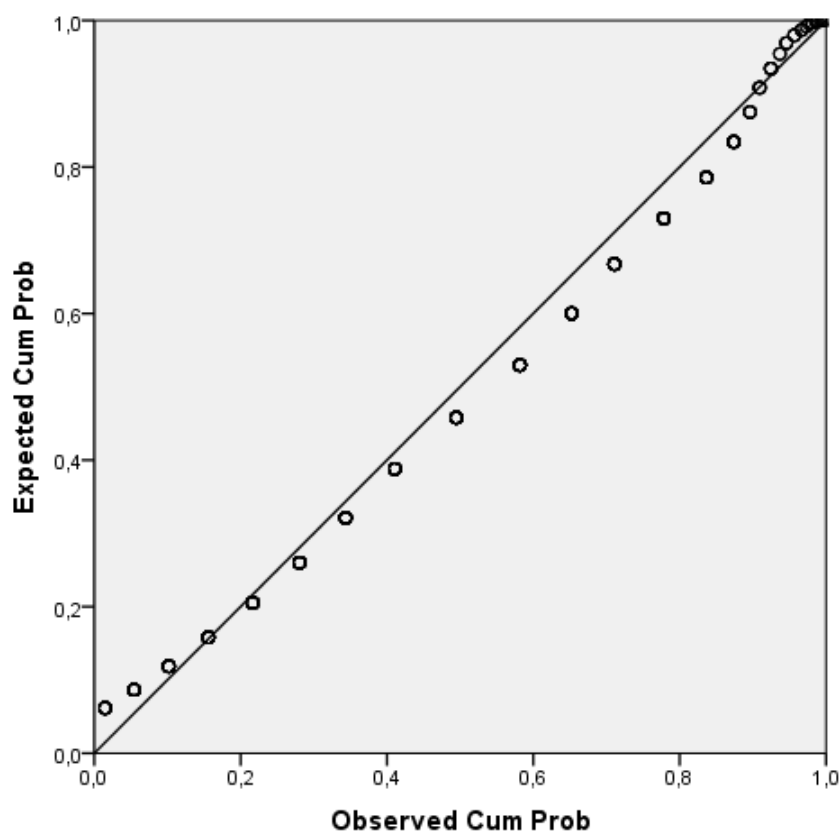
Σχήμα6. Ρ-Πγράφημα για ‘affectiveinvolvement’.



Σχήμα7. P-Ργράφημα για 'έλεγχος συμπεριφοράς'.



Σχήμα8. Ρ-Γράφημα για 'γενική λειτουργικότητα'.



Πίνακας 6. Στατιστικοί έλεγχοι κανονικότητας Kolmogorov-Smirnov και Shapiro-Wilk.

	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	<i>D</i>	<i>df</i>	<i>P</i>	<i>W</i>	<i>df</i>	<i>P</i>
<i>Συνολική οικογενειακή λειτουργικότητα</i>	0,068	453	<0,001	0,972	453	<0,001
<i>Επίλυση προβλημάτων από την οικογένεια</i>	0,123	453	<0,001	0,958	453	<0,001
<i>Οικογενειακή επικοινωνία</i>	0,067	453	<0,001	0,982	453	<0,001
<i>Οικογενειακοί ρόλοι</i>	0,066	453	<0,001	0,988	453	0,001
<i>Συναισθηματική ανταπόκριση</i>	0,136	453	<0,001	0,959	453	<0,001
<i>Συναισθηματική εμπλοκή</i>	0,136	453	<0,001	0,952	453	<0,001
<i>Έλεγχος συμπεριφοράς</i>	0,105	453	<0,001	0,975	453	<0,001
<i>Γενική λειτουργικότητα</i>	0,095	453	<0,001	0,937	453	<0,001

Παρατηρούμε ότι όλοι οι έλεγχοι είναι στατιστικώς σημαντικοί και άρα υποστηρίζεται ότι οι κατανομές των παρατηρούμενων τιμών διαφέρουν στατιστικώς σημαντικά από την κανονική κατανομή.

Ο συνδυασμός τόσο των οπτικών ελέγχων, όσο και των στατιστικών ελέγχων μας οδηγεί στο συμπέρασμα ότι υπάρχει απόκλιση από την κανονικότητα και συνεπώς δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί παραμετρική στατιστική για την διερεύνηση των υποθέσεών μας.

Έλεγχος των υποθέσεων

Τα αποτελέσματα των Mann-Whitney ελέγχων συνοψίζονται στους Πίνακες 6 και 7.

.8.1.3. Περιπτώσεις ψυχοπαθολογίας όπως αναγνωρίζονται από το SCL-90

Πίνακας 7. Οι περιπτώσεις ψυχοπαθολογίας των ανδρών όπως αναγνωρίζονται από το SCL-90-R.

	Περίπτωση ψυχοπαθολογίας SCL-90-R ‘συνολικής’		Mann-Whitney	
	Ναι (N _N =73)	Όχι (N _O =112)	U	P
<i>FAD</i>				
<i>Υποκλίμακες</i>				
<i>Συνολική οικογενειακή λειτουργικότητα</i>	2,14±0,36 [1,47-3,35] Mdn=2,07	1,86±0,28 [1,30-2,97] Mdn=1,86	2186,0	<0,001
<i>Επίλυση προβλημάτων από την οικογένεια</i>	2,04±0,46 [1,00-3,67] Mdn=2,00	1,74±0,35 [1,00-3,00] Mdn=1,83	2393,0	<0,001
<i>Οικογενειακή επικοινωνία</i>	2,17±0,47 [1,11-3,67] Mdn=2,11	1,83±0,38 [1,00-3,00] Mdn=1,89	2341,0	<0,001
<i>Οικογενειακοί ρόλοι</i>	2,25±0,33 [1,45-3,00] Mdn=2,33	2,04±0,34 [1,18-2,90] Mdn=2,09	2649,5	<0,001
<i>Affective responsiveness</i>	2,20±0,58 [1,00-4,00] Mdn=2,17	1,79±0,44 [1,00-3,17] Mdn=1,83	2339,5	<0,001

<i>Affective involvement</i>	2,07±0,42 [1,43-3,43] <i>Mdn</i> =2,14	1,83±0,34 [1,14-3,00] <i>Mdn</i> =1,71	2693,0	<0,001
Έλεγχος συμπεριφοράς	2,29±0,29 [1,67-3,33] <i>Mdn</i> =2,33	2,20±0,31 [1,11-2,89] <i>Mdn</i> =2,22	3538,5	0,119
Γενική λειτουργικότητα	1,97±0,54 [1,08-3,67] <i>Mdn</i> =1,83	1,59±0,38 [1,00-3,17] <i>Mdn</i> =1,58	2375,0	<0,001

Σημειώσεις. Οι τιμές δηλώνονται με 'Μέση τιμή±Τυπική απόκλιση [Εύρος], Διάμεσο'.

Πίνακας 8. Οι περιπτώσεις ψυχοπαθολογίας των γυναικών όπως αναγνωρίζονται από το SCL-90-R.

FAD	Περίπτωση ψυχοπαθολογίας SCL-90-R 'συνολικής'		Mann-Whitney	
	Ναι (N _N =110)	Όχι (N _O =158)	U	P
Υποκλίμακες				
Συνολική οικογενειακή λειτουργικότητα	2,09±0,36 [1,30-3,48] <i>Mdn</i> =2,04	1,87±0,29 [1,23-2,72] <i>Mdn</i> =1,88	5591,5	<0,001
Επίλυση προβλημάτων από την οικογένεια	1,95±0,45 [1,00-3,33] <i>Mdn</i> =2,00	1,80±0,34 [1,00-2,83] <i>Mdn</i> =1,83	6831,0	0,002
Οικογενειακή επικοινωνία	2,09±0,47 [1,11-3,56] <i>Mdn</i> =2,11	1,83±0,41 [1,00-3,11] <i>Mdn</i> =1,89	5950,0	<0,001
Οικογενειακοί ρόλοι	2,32±0,36 [1,27-3,36] <i>Mdn</i> =2,27	2,10±0,32 [1,27-3,09] <i>Mdn</i> =2,09	5517,5	<0,001
<i>Affective responsiveness</i>	1,99±0,59 [1,00-3,83] <i>Mdn</i> =2,00	1,73±0,49 [1,00-3,17] <i>Mdn</i> =1,67	6446,0	<0,001

<i>Affective involvement</i>	2,00±0,37 [1,00-3,43] <i>Mdn</i> =2,00	1,84±0,32 [1,29-2,71] <i>Mdn</i> =1,71	6325,0	<0,001
<i>Έλεγχος συμπεριφοράς</i>	2,35±0,44 [1,11-4,00] <i>Mdn</i> =2,33	2,16±0,30 [1,44-2,89] <i>Mdn</i> =2,22	6348,5	<0,001
<i>Γενική λειτουργικότητα</i>	1,84±0,52 [1,00-4,00] <i>Mdn</i> =1,83	1,60±0,37 [1,00-2,67] <i>Mdn</i> =1,58	6232,5	<0,001

Σημειώσεις. Οι τιμές δηλώνονται με 'Μέση τιμή±Τυπική απόκλιση [Εύρος], Διάμεσο'.

Οι πίνακες 7, 8 μας δείχνουν τα αποτελέσματα των αναλύσεων του FAD ανά περίπτωση ψυχοπαθολογίας. Όλα τα ευρήματά μας είναι στατιστικά σημαντικά ($p<0.001$), εκτός από την διάσταση «έλεγχος συμπεριφοράς» στην ψυχοπαθολογία των ανδρών.

Ελέγχοντας τις μηδενικές μας υποθέσεις (H_0), παρατηρούμε ότι απορρίπτονται όλες:

Η διαφορά στις τιμές στην κλίμακα και στις υποκλίμακες του FAD ατόμων με αντιλαμβανόμενη ψυχοπαθολογία (σύμφωνα με το SCL-90-R) και ατόμων που δεν αντιλαμβάνονται τέτοια ψυχοπαθολογία ήταν στατιστικώς σημαντική με αυτούς που έχουν αντιλαμβανόμενη συνολική ψυχοπαθολογία να έχουν πιο δυσλειτουργική αντίληψη για τις οικογένειές τους

- στην υποκλίμακα 'επίλυση προβλημάτων από την οικογένεια' ($2,04\pm 0,46$ έναντι $1,74\pm 0,35$, $p<0.001$ για τους άνδρες και $1,95\pm 0,45$ έναντι $1,80\pm 0,34$, $p=0.002$ για τις γυναίκες)
- στην υποκλίμακα 'οικογενειακή επικοινωνία' ($2,12\pm 0,47$ έναντι $1,83\pm 0,38$ $p<0.001$ για τους άνδρες και $2,09\pm 0,47$ έναντι $1,83\pm 0,41$, $p<0.001$ για τις γυναίκες).

- στην υποκλίμακα 'οικογενειακοί ρόλοι' ($2,25 \pm 0,33$ έναντι $2,04 \pm 0,34$, $p < 0.001$ για τους άνδρες και $2,32 \pm 0,36$ έναντι $2,10 \pm 0,32$, $p < 0.001$ για τις γυναίκες).
- στην υποκλίμακα 'συναισθηματική ανταπόκριση' ($2,20 \pm 0,58$ έναντι $1,79 \pm 0,44$, $p < 0.001$ για τους άνδρες και $1,99 \pm 0,59$ έναντι $1,73 \pm 0,49$ $p < 0.001$ για τις γυναίκες).
- στην υποκλίμακα 'συναισθηματική εμπλοκή' ($2,07 \pm 0,42$ έναντι $1,83 \pm 0,34$, $p < 0.001$ για τους άνδρες και $2,00 \pm 0,37$ έναντι $1,84 \pm 0,32$, $p < 0,001$ για τις γυναίκες)
- στην υποκλίμακα 'έλεγχος συμπεριφοράς' ($2,29 \pm 0,29$ έναντι $2,20 \pm 0,31$, $p < 0.001$ για τους άνδρες και $2,35 \pm 0,44$ έναντι $2,16 \pm 0,30$, $p < 0,001$ για τις γυναίκες).
- στην υποκλίμακα 'γενική λειτουργικότητα' ($1,97 \pm 0,54$ έναντι $1,59 \pm 0,38$, $p < 0.001$ για τους άνδρες και $1,84 \pm 0,52$ έναντι $1,60 \pm 0,37$, $p < 0,001$ για τις γυναίκες).
- στην 'συνολική οικογενειακή λειτουργικότητα' ($2,14 \pm 0,36$ έναντι $1,86 \pm 0,28$, $p < 0.001$ για τους άνδρες και $2,09 \pm 0,36$, έναντι $1,87 \pm 0,29$, $p < 0,001$ για τις γυναίκες).

Συνεπώς υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφοροποίηση (δηλαδή, τα ευρήματά μας είναι 'πραγματικά') μεταξύ αυτών που αντιλαμβάνονται 'συνολική' ψυχοπαθολογία και αυτών που δεν αντιλαμβάνονται μια τέτοια ψυχοπαθολογία σε όλες τις υποκλίμακες του FAD, καθώς και στη 'Συνολική οικογενειακή λειτουργικότητα'.

9.0. ΣΥΖΗΤΗΣΗ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Στόχος της παρούσας ερευνητικής μελέτης ήταν να διερευνήσει τη σχέση ανάμεσα στην ψυχοπαθολογία του ατόμου και την οικογενειακή δυσλειτουργία. Επιπλέον στόχος της έρευνας ήταν να διερευνήσει τη σχέση ψυχοπαθολογίας στο άτομο και της λειτουργίας της οικογένειας του σε υγιή πληθυσμό.

Στην ενότητα αυτή επιχειρείται η ερμηνευτική προσέγγιση των αποτελεσμάτων που προέκυψαν από τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων μας. Τα ευρήματα της έρευνας δεν μπορούν να έχουν καθολική ισχύ, αφού το δείγμα δεν είναι αντιπροσωπευτικό. Συνεπώς θα πρέπει να ερμηνευτούν με την ανάλογη επιφύλαξη.

Στην παρούσα έρευνα συμμετέχει κι ένα δείγμα 194 παιδιών, συνεπώς θα πρέπει να λάβουμε υπόψη μας στην ερμηνεία των αποτελεσμάτων της έρευνας, τις θεωρήσεις τους για τη λειτουργία της οικογένειας ανάλογα με την ηλικία στην οποία βρίσκονται. Τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των εφήβων για παράδειγμα, μπορούν να έχουν ισχυρό αντίκτυπο στο πώς αντιλαμβάνονται την οικογένεια και τη λειτουργία της. Και σε αυτό θα πρέπει να συνυπολογίσουμε το γεγονός πως οι έφηβοι τείνουν να βλέπουν τους γονείς τους και τη λειτουργία της οικογένειας περισσότερο αρνητικά καθώς προχωρούν προς την αυτονομία (Millikan, 2002).

Έγινε ανάλυση χωριστά για άντρες και γυναίκες αναφορικά με το πώς αντιλαμβάνεται το κάθε φύλο την ψυχοπαθολογία και τη λειτουργικότητα της οικογένειας. Παρατηρήσαμε πως στην αντιλαμβανόμενη κλίμακα ψυχοπαθολογίας, οι γυναίκες έχουν υψηλότερα ποσοστά σε όλες σχεδόν τις υποκλίμακες ψυχοπαθολογίας (εκτός από το φοβικό άγχος) από τους άντρες, αλλά τα κορίτσια χαμηλότερα ποσοστά σε όλες σχεδόν τις υποκλίμακες ψυχοπαθολογίας από τα αγόρια.

Συναφή πορίσματα ερευνών, θέλουν τα κορίτσια να σημειώνουν από τη μία περισσότερα προβλήματα ψυχικής υγείας από τα αγόρια, από την άλλη δείχνουν μεγαλύτερο ενδιαφέρον για τις σχέσεις στην οικογένεια με αποτέλεσμα να επηρεάζουν θετικά τελικά τη λειτουργικότητα της οικογένειας (Lekku, 2006). Το τελευταίο εξηγείται από το ότι τα κορίτσια είναι περισσότερο ενεργά στη σύναψη σχέσεων. Δηλαδή φαίνεται να είναι περισσότερο προσανατολισμένα προς τις σχέσεις, και να αναλαμβάνουν πρωτοβουλία για να δημιουργήσουν δεσμούς μέσα από την επαφή με μέλη της οικογένειας αλλά και εκτός αυτής. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα αφενός την καλύτερη κοινωνικοποίηση των νεότερων μελών της αλλά και τη δημιουργία δεσμών και πλεγμάτων στήριξης. Με την έννοια αυτή επηρεάζουν θετικά τη λειτουργικότητα της οικογένειας (Τσαμπαρλή, Αθανασιάδης & Κουνενού, 2011; Weigel, 2008).

Αναφορικά με την αντιλαμβανόμενη θεώρηση της ψυχοπαθολογίας των ατόμων, θα πρέπει να επισημανθεί αρχικά πως η εκτίμηση της ψυχοπαθολογίας με το SCL-90R αφορά στη διάσταση της ψυχοπαθολογίας και όχι την κατηγορική μέτρησή της.

Συνεπώς, είδαμε πως στο δείγμα των παιδιών ($N_{\pi}=117$) βρέθηκαν 34 παιδιά με αντιλαμβανόμενη ψυχοπαθολογία στη διάσταση σωματοποίηση, με ποσοστό 16,7% για τα κορίτσια και 19,1% αντίστοιχα για τα αγόρια. Τα παραπάνω ποσοστά έρχονται σε αντίθεση με πανελλήνια έρευνα που διεξήχθη το 2010 από το ΕΠΙΨΥ αναφορικά με την ψυχική υγεία των εφήβων, σύμφωνα με την οποία, δύο στα τρία κορίτσια και ένα στα δύο αγόρια αναφέρουν κάποιο αντιλαμβανόμενο ψυχοσωματικό σύμπτωμα με συχνότητα τουλάχιστον δύο φορές την εβδομάδα τους τελευταίους έξι μήνες (Κοκκέβη, 2011). Η ανωτέρω διαφορά μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι στην παρούσα έρευνα, το ηλικιακό εύρος των ερωτηθέντων είναι πολύ μεγαλύτερο, καθώς κυμαίνεται από 12 έως 34 ετών.

Από την άλλη, ενώ τα κορίτσια φαίνεται να εσωστρέφουν τις ανησυχίες τους εμφανίζοντας καταθλιπτικές συμπεριφορές, τα αγόρια έχουν την τάση να τις εξωστρέφουν εκδηλώνοντας επιθετικές συμπεριφορές (Crick & Zahn-Waxler, 2003). Επιπλέον, στην παρούσα έρευνα πάλι φαίνεται το ποσοστό των αγοριών να υπερτερεί αυτού των κοριτσιών ως προς την κατάθλιψη (27,29% έναντι 22,22%) αλλά και την επιθετικότητα (32,4% έναντι 31,7%).

Οι γυναίκες ($N_{\Gamma}=142$) φάνηκε να έχουν μεγαλύτερη αντιλαμβανόμενη ψυχοπαθολογία σχεδόν σε όλες τις υποκλίμακες εκτός από το άγχος - όπου εντοπίζεται διαφορά, σε σχέση με τους άντρες ($N_{\Gamma\Lambda}=117$). Τα κορίτσια ωστόσο ($N_{\pi\kappa}=126$) φάνηκε να έχουν μικρότερη αντιλαμβανόμενη ψυχοπαθολογία σε σχέση με τα αγόρια ($N_{\pi\Lambda}=68$) σχεδόν σε όλες τις υποκλίμακες εκτός από το φοβικό άγχος όπου εντοπίζεται διαφορά. Συνεπώς η μεγαλύτερη αντιλαμβανόμενη ψυχοπαθολογία σχετίζεται με τη διαφορά του φύλου, λαμβάνοντας όμως υπόψη την ηλικία.

- Οι διαστάσεις αντιλαμβανόμενης ψυχοπαθολογίας στις οποίες εντοπίζεται ο μεγαλύτερος αριθμός κοριτσιών ($N_{\pi\kappa}=126$), είναι η ψυχαναγκαστικότητα ($N=36$), η επιθετικότητα ($N=40$) και ο παρανοειδής ιδεασμός ($N=42$). Ενώ, οι διαστάσεις

αντιλαμβανόμενης ψυχοπαθολογίας στις οποίες εντοπίζεται ο μεγαλύτερος αριθμός αγοριών ($N_{\pi A}=68$), είναι η διαπροσωπική ευαισθησία ($N=20$), η επιθετικότητα ($N=22$) και ο παρανοειδής ιδεασμός ($N=20$).

Σε έρευνα που διεξήχθη το 2000, σε μαθητές που φοιτούσαν στα Λύκεια του Νομού Ιωαννίνων (Μωρογιάννης, 2000) παρατηρήθηκαν στα αγόρια υψηλά ποσοστά αντιλαμβανόμενης ψυχοπαθολογίας στις προαναφερθείσες υποκλίμακες (διαπροσωπική ευαισθησία, επιθετικότητα και παρανοειδής ιδεασμός) αλλά και στην υποκλίμακα *Ψυχωτισμός*. Στα κορίτσια από την άλλη, βρέθηκαν υψηλά ποσοστά αντιστοίχως στις υποκλίμακες *Διαπροσωπική Ευαισθησία* και *Ψυχωτισμός*, όχι όμως στην υποκλίμακα *Ψυχαναγκαστικότητα*.

- Οι διαστάσεις αντιλαμβανόμενης ψυχοπαθολογίας στις οποίες εντοπίζεται ο μεγαλύτερος αριθμός γονέων ($N_{\Gamma A}=259$) είναι η κατάθλιψη ($N=82$), η επιθετικότητα ($N=79$) κι ο παρανοειδής ιδεασμός ($N=78$).

Η ψυχοπαθολογία που εκδηλώνεται από τους γονείς - ειδικά η κατάθλιψη και η κοινωνική φοβία - αλλά και η υπερπροστατευτική συμπεριφορά των γονέων συνδέεται άμεσα με την ανάπτυξη της κοινωνικής φοβίας στην παιδική ηλικία. Ενήλικες που έχουν διαγνωστεί με διαταραχή άγχους θεωρούν τους γονείς τους υπερπροστατευτικούς ή απορριπτικούς. Οι ίδιοι μπορεί να αντιμετωπίσουν δυσκολίες σε μεγαλύτερη ηλικία στις διαπροσωπικές τους σχέσεις (Lieb et al, 2000).

- Αναφορικά με την κλίμακα της οικογενειακής λειτουργικότητας στους άντρες, βρέθηκε ότι οι μέσες τιμές μεταξύ αυτών που αντιλαμβάνονται 'συνολική' ψυχοπαθολογία ήταν μεγαλύτερες από τις μέσες τιμές αυτών που δεν αντιλαμβάνονται μια τέτοια ψυχοπαθολογία σχεδόν σε όλες τις υποκλίμακες του FAD, καθώς και στη 'Συνολική οικογενειακή λειτουργικότητα'. Τα ευρήματά μας είναι 'πραγματικά' αφού βρέθηκε στατιστικώς σημαντική διαφοροποίηση σε όλες τις υποκλίμακες εκτός από τον 'έλεγχο συμπεριφοράς'.
- Αναφορικά με την κλίμακα της οικογενειακής λειτουργικότητας στις γυναίκες, βρέθηκε ότι οι μέσες τιμές μεταξύ αυτών που αντιλαμβάνονται 'συνολική'

ψυχοπαθολογία ήταν μεγαλύτερες από τις μέσες τιμές αυτών που δεν αντιλαμβάνονται μια τέτοια ψυχοπαθολογία σε όλες τις υποκλίμακες του FAD, καθώς και στη 'Συνολική οικογενειακή λειτουργικότητα' . Τα ευρήματά μας είναι 'πραγματικά' αφού βρέθηκε στατιστικώς σημαντική διαφοροποίηση.

Τα ερευνητικά αποτελέσματα βρίσκονται σε συμφωνία με τα αποτελέσματα αντίστοιχων ερευνών που επισημαίνουν μεγαλύτερη δυσλειτουργία σε οικογένειες όπου εμφανίζονται περισσότερα προβλήματα ψυχικής υγείας των μελών ή ενός μέλους της οικογένειας (Lekku, 2006). Ομοίως, σε δείγμα κλινικών οικογενειών καταδείχθηκε χαμηλότερη λειτουργικότητα στην οικογένεια συγκριτικά με μη-κλινικό δείγμα (Wenniger, The Dutch version of the FAD, 1993).

Ακόμη, τα αποτελέσματα αυτά έρχονται να επικυρώσουν έρευνες που καταδεικνύουν πως κλινικές οικογένειες είχαν αξιολογήσει τις οικογένειές τους ως λιγότερο λειτουργικές από μη κλινικές οικογένειες (Sawyer, Sarris, Baghurst et al, 1988). Ήδη οι πρώτες έρευνες αναφορικά με το Mc Master από τον Miller (1985) καταδείκνυαν υψηλότερα ποσοστά για την οικογενειακή λειτουργία στη διάσταση "γενική λειτουργικότητα" στις μη υγιείς οικογένειες συγκριτικά με αυτές που θεωρήθηκαν υγιείς. Ο Miller και οι συνεργάτες του παρατήρησαν ότι το 26-35% μη-κλινικών οικογενειών ήταν μη υγιείς σε μία ή περισσότερες διαστάσεις (Akister & Stevenson-Hinde, 1991).

- Στην κλίμακα της οικογενειακής λειτουργικότητας στους άντρες, δεν βρέθηκε στατιστικώς σημαντική διαφοροποίηση στην υποκλίμακα "έλεγχος συμπεριφοράς", που σημαίνει ότι η διάσταση αυτή στους άντρες δεν επηρεάζεται από το εάν αντιλαμβάνονται ή όχι ψυχοπαθολογία. Σύμφωνα με την περιγραφή του μοντέλου Mac Master εξάλλου (Miller et al, 2000, p.172) στον καθορισμό συμπεριφορών που θα χρησιμοποιεί η οικογένεια όταν καλείται να αντιμετωπίσει καταστάσεις, θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η συμπεριφορά όλων των μελών της οικογένειας και να συνυπολογίζονται και άλλοι παράγοντες. Συνεπώς, ίσως το φύλο αποτελεί έναν από τους παράγοντες που θα πρέπει να συνυπολογίζονται.

Εάν εξαιρέσουμε τον παράγοντα του φύλου, αποτελέσματα αντίστοιχων ερευνών όπως αυτής που διεξήχθη σε ελληνικό πληθυσμό (Giannakopoulos, 2009), έδειξαν ότι τα προβλήματα συμπεριφοράς των παιδιών ήταν άμεσα συνυφασμένα με την αντιλαμβανόμενη πνευματική υγεία της μητέρας. Προβλήματα συμπεριφοράς των παιδιών σχετίζονται με τα εχθρικά συναισθήματα της μητέρας απέναντί τους (Lucia, 2002) ή σε άλλη έρευνα, μητέρες με καταθλιπτικά συμπτώματα αναφέρουν περισσότερο προβληματική συμπεριφορά των παιδιών τους (Henderson et al, 2003).

Από την άλλη, οι ίδιες μητέρες αναφέρουν χαμηλότερα επίπεδα συζυγικής ικανοποίησης, κάτι που απαντάται και σε άλλες έρευνες όπου έχει διαπιστωθεί ότι χαμηλότερα επίπεδα ικανοποίησης των συζύγων από τον γάμο συνάδουν με υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης (Dadds, Schwartz & Sanders, 1987; Downey & Coyne, 1990). Σύμφωνα με τη συστημική θεώρηση, το ζευγάρι αποτελεί το πιο σημαντικό υποσύστημα μέσα στην οικογένεια προσφέροντας πρότυπα συζυγικής αλληλεπίδρασης, ενώ δυσλειτουργία στο υποσύστημα αυτό αντανakλάται στη λειτουργία όλης της οικογένειας (Minuchin, 2000). Συνεπώς, η ικανοποίηση από τον γάμο επηρεάζει άμεσα και έμμεσα προβλήματα στη συμπεριφορά των παιδιών (Henderson et al, 1993). Θυμός στο ζευγάρι προκαλεί αντιδράσεις στα παιδιά: θυμό στα αγόρια, κλάματα στα κορίτσια. (Henderson et al, 2003).

Αναφορικά με την κλίμακα της οικογενειακής λειτουργικότητας, βρέθηκε ότι οι μέσες τιμές αυτών που αντιλαμβάνονται 'συνολική' ψυχοπαθολογία ήταν μεγαλύτερες από τις μέσες τιμές αυτών που δεν αντιλαμβάνονται μια τέτοια ψυχοπαθολογία στη διάσταση 'επίλυση προβλημάτων από την οικογένεια'. Ενδεχομένως η διαφορά αυτή να οφείλεται στο ότι το δείγμα μας αποτελούνταν σχεδόν μόνο από κατοίκους πόλεων, αφού έρευνες έχουν δείξει στατιστικώς σημαντική διαφορά στη διάσταση "επίλυση προβλημάτων" υπέρ των κατοίκων των πόλεων έναντι αυτών που διαμένουν σε χωριό (Gunindi, 2012).

Τα παιδιά παρατηρώντας συμπεριφορές των γονιών τους μαθαίνουν τρόπους επίλυσης των προβλημάτων τους (Emery & O'Leary, 1982) βάσει της θεωρίας του Bandura για την κοινωνική μάθηση (Bandura, 1977). Η οικογένεια βέβαια, προσφέρει στο κάθε άτομο ψυχολογική, συναισθηματική και υλική στήριξη και μπορεί να βοηθήσει τα άτομα να επιλύσουν προβλήματα που ανακύπτουν. Προβλήματα που αναφέρουν οι έφηβοι Έλληνες σχετίζονται με θέματα υγείας, συγκρούσεις, απουσία του πατέρα, θάνατο και προσαρμογή

στο οικογενειακό περιβάλλον. Η οικογένεια φαίνεται ως το ισχυρότερο σύστημα στήριξης για την επιβίωση, αλλά και τη μόρφωσή τους σε αντίθεση με το κράτος για το οποίο εκφράζουν έλλειψη στήριξης (Lekkou, 2006).

Στην κλίμακα της οικογενειακής λειτουργικότητας, βρέθηκε ότι οι μέσες τιμές αυτών που αντιλαμβάνονται 'συνολική' ψυχοπαθολογία ήταν μεγαλύτερες από τις μέσες τιμές αυτών που δεν αντιλαμβάνονται μια τέτοια ψυχοπαθολογία σε διαστάσεις όπως 'συναισθηματική ανταπόκριση', 'συναισθηματική εμπλοκή'.

Η συναισθηματική ανταπόκριση αποτελεί προβλεπτικό παράγοντα κοινωνικοποίησης. Απαντάται συχνά ως η ικανότητα κυρίως της μητέρας να δείξει ενσυναίσθηση στις ανάγκες του παιδιού. Η ικανότητα αυτή έχει ερευνηθεί λιγότερο στο παιδί συγκριτικά με αυτήν του γονέα. Αν και είναι συνυφασμένη με την έκφραση αρνητικών συναισθημάτων από την πλευρά του παιδιού, η νεότερη βιβλιογραφία θέλει την αμοιβαιότητα να αποτελεί κλειδί για το χτίσιμο της σχέσης. Όψεις αυτής της ικανότητας δε γίνονται εύκολα αντιληπτές. Σπανίως είναι ιδωμένη ως μία αναπτυξιακή διαδικασία που καθρεφτίζει αλλαγές ωρίμανσης στο παιδί και ακολούθως αλλαγές στους γονείς και στις σχέσεις τους με το παιδί (Kochanska, 2013). Τα ερευνητικά ευρήματα από την άλλη τεκμηριώνουν πως οι εμπειρίες του παιδιού στο σπίτι αλλά και σε άλλα κοινωνικά πλαίσια μπορεί να επηρεάσουν τις συναισθηματικές τους αντιδράσεις στους άλλους (Plomin et al, 1993), αν και στο παρελθόν δινόταν έμφαση σε γενετικούς παράγοντες (Emde et al, 1992). Παιδιά με μεγαλύτερη ικανότητα έκφρασης θετικών και αρνητικών συναισθημάτων, αποδεικνύονται πιο ικανά να νιώσουν τα συναισθήματα των άλλων (Roberts & Strayer, 1996).

Στην κλίμακα της οικογενειακής λειτουργικότητας, βρέθηκε ότι οι μέσες τιμές αυτών που αντιλαμβάνονται 'συνολική' ψυχοπαθολογία ήταν μεγαλύτερες από τις μέσες τιμές αυτών που δεν αντιλαμβάνονται μια τέτοια ψυχοπαθολογία στη διάσταση 'οικογενειακοί ρόλοι'. Ίσως αυτό να συνδέεται με το πολιτισμικό πλαίσιο που υπάρχει στην Ελλάδα το οποίο αποδέχεται ως οικογενειακές αξίες, αυτές που αναφέρονται στις υποχρεώσεις παιδιών προς οικογένεια και συγγενείς (Γεώργας, 2000; Μπαφίτη, 2000).

Συνεπώς, πολιτισμικές διαφορές μπορεί να επηρεάσουν τη λειτουργικότητα της οικογένειας. Επί παραδείγματι, σε συγκριτική έρευνα που διεξήχθη σε οικογένειες από Ουγγαρία και Βόρεια Αμερική βρέθηκαν υψηλότερα ποσοστά λειτουργικότητας στις υποκλίμακες 'επίλυση προβλημάτων' και 'επικοινωνία' για την Ουγγαρία, ενώ οικογένειες από Βόρεια Αμερική αντιλαμβάνονταν μεγαλύτερη λειτουργικότητα της οικογένειας στην υποκλίμακα 'ρόλοι' (Keitner, 1990). Τέτοιου τύπου έρευνες ρίχνουν φως στον εντοπισμό κοινών περιοχών δυσλειτουργίας στην οικογένεια ανεξαρτήτως πολιτισμικού πλαισίου.

Τέλος, ίσως θα είχε και εδώ ενδιαφέρον να δούμε τις διαφορές μεταξύ των δύο φύλων αφού σε έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί οι μητέρες αντιλαμβάνονται καλύτερη οικογενειακή λειτουργία από τους πατέρες. Η διαφορά ήταν στατιστικά σημαντική σε τέσσερις υποκλίμακες: επίλυση προβλημάτων, συναισθηματική απόκριση, έλεγχος συμπεριφοράς και γενική λειτουργικότητα (Stevenson-Hinde, 1995).

10.0. ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η παρούσα μελέτη εμφανίζει έναν σημαντικό περιορισμό τον οποίο οφείλουμε να επισημάνουμε και αφορά το δείγμα: η πλειονότητα των συμμετεχόντων διαμένει στην Αθήνα και τον Πειραιά ενώ ένα μικρό ποσοστό στην ηπειρωτική Ελλάδα και σε νησιά. Αν και οι δύο αυτές μεγάλες πόλεις παραμένουν αντιπροσωπευτικές αναφορικά με την εμφάνιση προβλημάτων ψυχικής υγείας στους κατοίκους τους, δεν είναι δυνατή η γενίκευση με ασφάλεια των αποτελεσμάτων της έρευνας σε ευρύτερες πληθυσμιακές ομάδες. Οι ανωτέρω διαπιστώσεις προσφέρουν το πλαίσιο για περαιτέρω και πιο συστηματική διερεύνηση του θέματος, η οποία θα συνάγει πιο ασφαλή και γενικεύσιμα συμπεράσματα.

Έρευνες καταδεικνύουν πως η οικονομική ύφεση έχει δυσμενείς επιπτώσεις στην ψυχική υγεία. Ίσως θα είχε ενδιαφέρον να δούμε πώς το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο του δείγματός μας με αντιλαμβανόμενη ψυχοπαθολογία αντιλαμβάνεται τη λειτουργικότητα της οικογένειας σε περίοδο οικονομικής ύφεσης.

Επίσης, θα θέλαμε να τονίσουμε ότι τα πορίσματα της παρούσας έρευνας δεν μπορούν να διατυπωθούν με όρους αιτίου-αιτιατού. Μπορούμε να υποθέσουμε για παράδειγμα, ότι η δυσλειτουργία της οικογένειας μπορεί να προκαλέσει προβλήματα ψυχικής υγείας. Ή από την άλλη, οι αιτιάσεις αυτές, να δυσχεράνουν την αντιλαμβανόμενη εικόνα της λειτουργικότητας της οικογένειας. Από την άλλη το πώς αντιλαμβάνεται ένα μέλος τη λειτουργία της οικογένειάς του φαίνεται να επηρεάζεται από διαφορετικούς παράγοντες όπως : ο βαθμός της προσωπικής του ευεξίας , το φύλο κλπ.

Αν και η χρήση αυτοαναφορών για την εκτίμηση της ψυχικής υγείας, χρησιμοποιείται ως μέσο εκτίμησης της ψυχικής υγείας, μια πολυπαραγοντική εκτίμηση της οικογενειακής λειτουργίας είναι απαραίτητη. Παρόλο που η χρησιμότητα των σταθμισμένων εργαλείων είναι κλινικά αποδεδειγμένη, οι κλινικοί τείνουν να βασίζονται στα δεδομένα που συλλέγουν κατά τη διάρκεια των συνεδριών με τους θεραπευόμενους τους (Lavec et al, 2006). Η κλινική αξιολόγηση αποτελεί σημαντικό μέρος της θεραπευτικής παρέμβασης. Φέρνει πληροφορίες για τα προβλήματα και τις αδυναμίες στην οικογένεια, αξιολογεί ατομικούς, διαπροσωπικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες που μπορεί να οξύνουν τα προβλήματα και διευκολύνει τον θεραπευτή να θέτει θεραπευτικούς στόχους. (Lavec et al, 2006).

Συμπερασματικά, φαίνεται ότι η διαταραχή της ομαλής λειτουργίας στην οικογένεια αποτελεί έναν ευαίσθητο δείκτη που συνδέεται με την απουσία ψυχικής ευεξίας στα άτομα, κάτι που αποδεικνύεται και από την κλινική εμπειρία. Συνεπώς, η ενημέρωση και πρόληψη σε επίπεδο εντοπισμού προβλημάτων ψυχικής υγείας σε οικογένειες υψηλού κινδύνου ίσως έχει νόημα προκειμένου να παρέχεται υποστήριξη σε αυτές τις οικογένειες για την καταλληλότερη αντιμετώπιση προβλημάτων. Η αξιολόγηση μιας οικογένειας ως δυσλειτουργικής θα πρέπει να παραπέμπει στην ύπαρξη ψυχοπαθολογίας σε κάποιο ή κάποια από τα μέλη της. Και αντίστροφα όμως, προβλήματα ψυχικής υγείας θα πρέπει να παραπέμπουν σε αξιολόγηση της λειτουργικότητας ή μη της οικογένειας. Η οικογένεια θα πρέπει να είναι σε θέση να παρατηρήσει αποκλίσεις συμπεριφοράς κάποιου-ων μελών της , αρμοδιότητα που ανήκει περισσότερο στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας και στην κατάλληλη ενημέρωση προς αυτόν τον σκοπό, αφού οι διαταραχές ψυχικής υγείας κρίνονται ύψιστης σημασίας για το άτομο αναπτυξιακά.

11.0. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ (ΓΟΝΕΩΝ)

ID

Παρακαλώ βάλτε ένα X στην απάντηση που σας αντιπροσωπεύει ή συμπληρώστε τα στοιχεία που σας ζητούνται όπου υπάρχει κενό.

1) Φύλο: ☐ Άνδρας ☐ Γυναίκα

2) Έτος Γέννησης:.....

3) Εκπαιδευτικό επίπεδο:

☐ Δημοτικό/ ☐ Γυμνάσιο/ ☐ Λύκειο/ Τεχνική σχολή/ ☐ ΑΕΙ/ΤΕΙ/ ☐ Μεταπτυχιακές σπουδές

4) Τι δουλειά κάνετε;

5)Υπάρχει κάποια σοβαρή σωματική ή ψυχική ασθένεια στην κυρίως οικογένεια;

☐ Ναι. ☐ Όχι

Αν ναι, τι είδους;.....

6) Πόσα άτομα διαμένουν στο σπίτι;.....

7) Οικογενειακή κατάσταση:

☐ Έγγαμος/ ☐ Άγαμος/ ☐ Σε διάσταση/ ☐ Διαζευγμένος/ ☐ Χήρος

8) Έχετε παιδιά; ☐ Ναι ☐ Όχι

Αν ναι, πόσα;.....

- Από προηγούμενο γάμο; ☐ Ναι ☐ Όχι

Αν ναι, πόσα;.....

- Από υιοθεσία; ☐ Ναι ☐ Όχι

Αν ναι, πόσα;.....

9) Σε ποια περιοχή κατοικείτε;.....

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ (ΠΑΙΔΙΩΝ)

ID

Παρακαλώ βάλτε ένα X στην απάντηση που σας αντιπροσωπεύει ή συμπληρώστε τα στοιχεία που σας ζητούνται όπου υπάρχει κενό.

1) Φύλο: ☐ Άνδρας/ αγόρι ☐ Γυναίκα/ κορίτσι

2) Έτος Γέννησης:.....

3) Εκπαιδευτικό επίπεδο:

☐ Δημοτικό/ ☐ Γυμνάσιο/ ☐ Λύκειο/ Τεχνική σχολή/ ☐ ΑΕΙ/ΤΕΙ/ ☐ Μεταπτυχιακές σπουδές

4) Τι δουλειά κάνετε;

5) Υπάρχει κάποια σοβαρή σωματική ή ψυχική ασθένεια στην οικογένεια;

☐ Ναι. ☐ Όχι

Αν ναι, τι είδους;.....

6) Πόσα άτομα διαμένουν στο σπίτι;.....

7) Έχεις αδέρφια;.....

Αν ναι, πόσους αδελφούς;.....πόσες αδελφές;.....

Αν έχεις αδέρφια, εσύ σε ποια σειρά γεννήθηκες;

8) Ο πατέρας σου ζει;.....

Αν ναι, ζει στο σπίτι μόνιμης κατοικίας σου;.....

Αν όχι, γιατί;

Έχει χωρίσει από τη μητέρα σου;.....

Εργάζεται μακριά;.....

Για κάποιον άλλο λόγο; Ποιον;.....

9) Η μητέρα σου ζει;.....

Αν ναι, ζει στο σπίτι μόνιμης κατοικίας σου;.....

Αν όχι, γιατί;

Έχει χωρίσει από τον πατέρα σου;.....

Εργάζεται μακριά;.....

Για κάποιον άλλο λόγο; Ποιον;.....

10) Σε ποια περιοχή κατοικείτε;.....

FAD

FAMILY ASSESSMENT DEVICE (Version 3)

Στο φυλλάδιο που έχετε στα χέρια σας υπάρχουν 60 προτάσεις που αφορούν οικογένειες. Παρακαλούμε διαβάστε κάθε πρόταση προσεκτικά και αποφασίστε πόσο καλά περιγράφει τη δική σας οικογένεια. Θα πρέπει να απαντήσετε σύμφωνα με το πώς εσείς βλέπετε την οικογένειά σας.

Για κάθε πρόταση υπάρχουν 4 πιθανές απαντήσεις:

Συμφωνώ απόλυτα	Διαλέξτε αυτή την απάντηση αν αισθάνεστε ότι η πρόταση περιγράφει ακριβώς την οικογένειά σας
Συμφωνώ	Διαλέξτε αυτή την απάντηση αν η πρόταση περιγράφει την οικογένειά σας στο μεγαλύτερο μέρος της.

Διαφωνώ	Διαλέξτε αυτή την απάντηση αν η πρόταση δεν περιγράφει την οικογένειά σας στο μεγαλύτερο μέρος της.
Διαφωνώ τελείως	Διαλέξτε αυτή την απάντηση αν αισθάνεστε ότι η πρόταση δεν περιγράφει καθόλου την οικογένειά σας.

Προσπαθήστε να μην αφιερώνετε πολύ χρόνο σε κάθε πρόταση αλλά να απαντάτε όσο πιο γρήγορα και ειλικρινά μπορείτε. Βάλτε ένα X στο τετραγωνάκι που σας αντιπροσωπεύει καλύτερα. Αν έχετε πρόβλημα με κάποια απάντηση, απαντήστε με αυτό που σας έρχεται πρώτα στο μυαλό. Παρακαλούμε βεβαιωθείτε ότι απαντήσατε σε όλες τις προτάσεις.

		Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ τελείως
1	Είναι δύσκολο να προγραμματίσουμε οικογενειακές δραστηριότητες επειδή παρεξηγούμε ο ένας τον άλλο				
2	Επιλύουμε τα περισσότερα καθημερινά προβλήματα που αφορούν στο σπίτι				
3	Όταν κάποιος είναι εκνευρισμένος οι υπόλοιποι ξέρουν το γιατί				
4	Όταν ζητάς από κάποιον να κάνει κάτι, πρέπει μετά να ελέγξεις ότι το έκανε.				
5	Αν κάποιος έχει προβλήματα, τότε οι άλλοι πολυενδιαφέρονται γι' αυτόν				
6	Σε στιγμές κρίσης, μπορούμε να βασιστούμε ο ένας στον άλλο για συμπαράσταση				
7	Δεν ξέρουμε τι να κάνουμε όταν υπάρχει μια έκτακτη ανάγκη στην οικογένεια.				
8	Μερικές φορές μας τελειώνουν τα απαραίτητα στο σπίτι.				
9	Είμαστε επιφυλακτικοί να δείξουμε τα συναισθήματά μας ο ένας στον άλλο.				
10	Φροντίζουμε τα μέλη της οικογένειας να εκπληρούν τις υποχρεώσεις τους.				
11	Δεν μπορούμε να μιλήσουμε ο ένας στον άλλο για τη λύπη που νιώθουμε.				
12	Συνήθως ενεργούμε με βάση τις αποφάσεις που παίρνουμε για διάφορα προβλήματα.				
13	Στην οικογένειά μας οι άλλοι νοιάζονται για σένα μόνο όταν κάτι είναι σημαντικό γι' αυτούς.				
14	Στην οικογένειά μας δεν μπορείς να καταλάβεις τι αισθάνεται κάποιος από το τι λέει				
15	Οι οικογενειακές υποχρεώσεις δεν κατανέμονται αρκετά ισότιμα στην οικογένειά μας.				
16	Τα άτομα γίνονται αποδεκτά γι' αυτό που είναι.				

17	Στην οικογένειά μας μπορείς εύκολα να ξεφύγεις όταν παραβαίνεις τους κανόνες.				
18	Τα μέλη της οικογένειας μιλούν ανοιχτά και όχι με υπονοούμενα.				
19	Κάποιοι από μας δεν ανταποκρίνονται συναισθηματικά.				
20	Στην οικογένειά μας ξέρουμε τι να κάνουμε σε μια έκτακτη ανάγκη.				
21.	Αποφεύγουμε να συζητούμε τους φόβους και τις ανησυχίες μας.				
		Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ τελείως
22.	Είναι δύσκολο να μιλούμε μεταξύ μας για τρυφερά συναισθήματα.				
23.	Έχουμε πρόβλημα να εξοφλούμε τους λογαριασμούς μας (ΔΕΗ, ΟΤΕ κτλ.)				
24.	Όταν προσπαθήσουμε να λύσουμε ένα πρόβλημα συνήθως συζητούμε κατόπιν αν το πετύχαμε ή όχι.				
25.	Είμαστε υπερβολικά εγωκεντρικοί.				
26.	Μπορούμε να εκφράσουμε συναισθήματα ο ένας στον άλλο στην οικογένειά μας.				
27.	Δεν έχουμε ξεκάθαρες απαιτήσεις ο ένας από τον άλλο για τη χρήση του λουτρού ή της τουαλέτας.				
28.	Δε δείχνουμε την αγάπη μας ο ένας στον άλλο.				
29.	Μιλούμε στους άλλους κατευθείαν παρά με τη μεσολάβηση κάποιου τρίτου.				
30.	Στην οικογένειά μας ο καθένας έχει συγκεκριμένα καθήκοντα και υπευθυνότητες.				

31.	Υπάρχουν πολλά κακά συναισθήματα στην οικογένεια				
32.	Έχουμε κανόνες που καθορίζουν πότε πρέπει να χτυπήσουμε κάποιον.				
33.	Ερχόμαστε σε επαφή με τον άλλο μόνο όταν κάτι μας ενδιαφέρει.				
34.	Υπάρχει λίγος χρόνος για τα προσωπικά μας ενδιαφέροντα.				
35.	Στην οικογένειά μας συχνά δεν λέμε αυτό που εννοούμε.				
36.	Αισθανόμαστε ότι πραγματικά μας δέχονται γι' αυτό που είμαστε.				
37.	Δείχνουμε ενδιαφέρον ο ένας για τον άλλο μόνο όταν κάτι θα κερδίσουμε προσωπικά.				
38.	Μπορούμε και αντιμετωπίζουμε τα περισσότερα συναισθηματικά προβλήματα που προκύπτουν				
39.	Στην οικογένειά μας η τρυφερότητα έρχεται σε δεύτερη μοίρα σε σχέση με άλλα πράγματα.				
40.	Συζητούμε για το ποιος θα κάνει τις δουλειές του σπιτιού.				
41.	Το να παίρνουμε αποφάσεις είναι πρόβλημα στην οικογένειά μας.				
42.	Η οικογένειά μας δείχνει ενδιαφέρον για τους άλλους μόνο όταν έχει κάτι να κερδίσει.				
		Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ τελείως
43.	Είμαστε ειλικρινείς μεταξύ μας.				
44.	Δεν τηρούμε κανόνες και τύπους στην οικογένειά μας.				
45.	Αν ζητήσεις από κάποιον να κάνει κάτι χρειάζεται				

	να του το υπενθυμίσεις.				
46.	Είμαστε ικανοί να παίρνουμε αποφάσεις για την επίλυση των προβλημάτων.				
47.	Αν οι κανόνες καταρρεύσουν δεν ξέρουμε τι να περιμένουμε.				
48.	Όλα μπορούν να συμβούν στην οικογένειά μας.				
49.	Στην οικογένειά μας εκφράζουμε τρυφερότητα.				
50.	Μπορούμε να αντιμετωπίσουμε τα συναισθηματικά προβλήματα.				
51.	Δεν τα πάμε καλά μεταξύ μας.				
52.	Δεν μιλούμε μεταξύ μας όταν είμαστε θυμωμένοι.				
53.	Γενικά είμαστε δυσαρεστημένοι με τα οικογενειακά καθήκοντα που μας αναλογούν.				
54.	Αν και έχουμε καλές προθέσεις, επεμβαίνουμε υπερβολικά ο ένας στη ζωή του άλλου.				
55.	Στην οικογένειά μας έχουμε κανόνες για τις επικίνδυνες καταστάσεις.				
56.	Βασιζόμαστε ο ένας στον άλλο.				
57.	Μπορούμε να κλάψουμε ανοιχτά στην οικογένειά μας.				

58.	Δε διαθέτουμε μεταφορικό μέσον.				
59.	Όταν δε μας αρέσει κάτι που έκανε κάποιος τότε του λέμε.				
60.	Προσπαθούμε να βρούμε διάφορους τρόπους για να λύσουμε τα προβλήματα που προκύπτουν.				

SCL-90

Παρακάτω υπάρχει μία λίστα προβλημάτων, τα οποία μπορεί να αντιμετωπίζουν οι άνθρωποι. Παρακαλώ διαβάστε το καθένα προσεκτικά και κυκλώστε το αριθμό στα δεξιά που περιγράφει καλύτερα το ΠΟΣΟ ΑΥΤΟ ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΣΑΣ ΕΧΕΙ ΤΑΛΑΙΠΩΡΗΣΕΙ Ή ΕΝΟΧΛΗΣΕΙ ΚΑΤΑ ΤΙΣ ΤΕΛΕΥΤΑΙΕΣ 7 ΗΜΕΡΕΣ ΣΥΜΠΕΡΙΛΑΜΒΑΝΟΜΕΝΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΣΗΜΕΡΙΝΗΣ. Κυκλώστε μόνο έναν αριθμό για κάθε πρόβλημα και μην παραλείψετε κανένα.

Πόσο σας έχουν ταλαιπωρήσει;		Καθόλου	Λίγο (1 ή 2 φορές)	Μέτρια (Σποραδικά 3 ή 4 φορές)	Αρκετά (5 ή 6 φορές)	Εξαιρετικά (κάθε μέρα)
1.	Πονοκέφαλοι	0	1	2	3	4
2.	Νευρικότητα ή εσωτερικό τρέμουλο	0	1	2	3	4
3.	Επανειλημμένες δυσάρεστες σκέψεις που δε φεύγουν από το μυαλό σας	0	1	2	3	4
4.	Αδυναμία ή ζάλη	0	1	2	3	4
5.	Απώλεια σεξουαλικού ενδιαφέροντος ή ευχαρίστησης	0	1	2	3	4
6.	Να νιώθετε επικριτικοί απέναντι στους άλλους	0	1	2	3	4
7.	Η ιδέα ότι κάποιος άλλος μπορεί να ελέγχει τις σκέψεις σας	0	1	2	3	4
8.	Η αίσθηση ότι οι άλλοι φταίνε για τα περισσότερα από τα προβλήματά σας	0	1	2	3	4
9.	Δυσκολία να θυμάστε πράγματα	0	1	2	3	4
10.	Ανησυχία για ακατάστασία ή	0	1	2	3	4

	απροσεξία					
11.	Να νιώθετε ότι εκνευρίζεστε ή συγχύζεστε εύκολα.	0	1	2	3	4
12.	Να νιώθετε φόβο σε ανοιχτούς χώρους ή στο δρόμο	0	1	2	3	4
Πόσο σας έχουν ταλαιπωρήσει;		Καθόλου	Λίγο (1 ή 2 φορές)	Μέτρια (Σποραδικά 3 ή 4 φορές)	Αρκετά (5 ή 6 φορές)	Εξαιρετικά (κάθε μέρα)
13.	Πόνοι στην καρδιά ή στο στήθος	0	1	2	3	4
14.	Να νιώθετε ότι έχετε περιορισμένη ενέργεια ή ότι επιβραδύνετε	0	1	2	3	4
15.	Σκέψεις να βάλετε τέρμα στη ζωή σας	0	1	2	3	4
16.	Να ακούτε φωνές που οι άλλοι δεν ακούν	0	1	2	3	4
17.	Ρίγος	0	1	2	3	4
18.	Η αίσθηση ότι δεν μπορείτε να εμπιστευτείτε τους περισσότερους ανθρώπους	0	1	2	3	4
19.	Περιορισμένη όρεξη	0	1	2	3	4
20.	Να κλαίτε εύκολα	0	1	2	3	4
21.	Να ντρέπεστε ή να νιώθετε άβολα με το αντίθετο φύλο	0	1	2	3	4
22.	Να νιώθετε ότι είστε παγιδευμένοι	0	1	2	3	4
23.	Να φοβάστε ξαφνικά χωρίς λόγο	0	1	2	3	4
24.	Ξεσπάσματα θυμού που δεν μπορούσατε να τα ελέγξετε	0	1	2	3	4
25.	Να φοβάστε να βγείτε μόνοι από το σπίτι σας	0	1	2	3	4

26.	Να κατηγορείτε τον εαυτό σας για διάφορα	0	1	2	3	4
27.	Πόννοι στη μέση	0	1	2	3	4
28.	Να νιώθετε ότι εμποδίζετε να επιτύχετε πράγματα	0	1	2	3	4
29.	Αίσθηση μοναξιάς	0	1	2	3	4
30.	Αίσθηση μελαγχολίας	0	1	2	3	4
31.	Να ανησυχείτε υπερβολικά για διάφορα ζητήματα	0	1	2	3	4
Πόσο σας έχουν ταλαιπωρήσει;		Καθόλου	Λίγο (1 ή 2 φορές)	Μέτρια (Σποραδικά 3 ή 4 φορές)	Αρκετά (5 ή 6 φορές)	Εξαιρετικά (κάθε μέρα)
32.	Να μη νιώθετε ενδιαφέρον για διάφορα ζητήματα	0	1	2	3	4
33.	Να νιώθετε φοβισμένοι	0	1	2	3	4
34.	Να πληγώνονται εύκολα τα συναισθήματά σας	0	1	2	3	4
35.	Να γνωρίζουν οι άλλοι τις προσωπικές σας σκέψεις	0	1	2	3	4
36.	Να νιώθετε ότι οι άλλοι δε σας καταλαβαίνουν ή είναι αδιάφοροι	0	1	2	3	4
37.	Να νιώθετε ότι οι άνθρωποι είναι εχθρικοί ή ότι σας αντιπαθούν	0	1	2	3	4
38.	Να πρέπει να ενεργείτε πολύ αργά για να εξασφαλίσετε την ορθότητα	0	1	2	3	4
39.	Να νιώθετε ότι η καρδιά σας πάει να	0	1	2	3	4

	σπάσει ή χτυπά βίαια					
40.	Ναυτία ή στομαχική διαταραχή	0	1	2	3	4
41.	Να νιώθετε κατώτεροι των άλλων	0	1	2	3	4
42.	Πόνοι στους μύες σας	0	1	2	3	4
43.	Να νιώθετε ότι σας παρακολουθούν άλλοι ή μιλούν για εσάς	0	1	2	3	4
44.	Δυσκολία να κοιμηθείτε	0	1	2	3	4
45.	Να πρέπει να ελέγχετε διπλά αυτά που κάνετε	0	1	2	3	4
46.	Δυσκολία στη λήψη αποφάσεων	0	1	2	3	4
47.	Φόβοι να ταξιδέψετε με λεωφορεία, μετρό ή τρένα	0	1	2	3	4
Πόσο σας έχουν ταλαιπωρήσει;		Καθόλου	Λίγο (1 ή 2 φορές)	Μέτρια (Σποραδικά 3 ή 4 φορές)	Αρκετά (5 ή 6 φορές)	Εξαιρετικά (κάθε μέρα)
48.	Δυσκολία στην αναπνοή	0	1	2	3	4
49.	Εξάψεις ή ρίγη	0	1	2	3	4
50.	Να πρέπει να αποφύγετε συγκεκριμένα πράγματα, μέρη ή δραστηριότητες επειδή σας τρομάζουν	0	1	2	3	4
51.	Να νιώθετε το μυαλό σας εντελώς κενό	0	1	2	3	4
52.	Μούδιασμα ή μυρμήγκιασμα σε σημεία του σώματός σας	0	1	2	3	4
53.	Ένας κόμπος στο λαιμό σας	0	1	2	3	4
54.	Να νιώθετε απελπισμένος για το μέλλον	0	1	2	3	4
55.	Δυσκολία συγκέντρωσης	0	1	2	3	4

56.	Αδυναμία σε σημεία του σώματός σας	0	1	2	3	4
57.	Να νιώθετε ένταση ή εκνευρισμό	0	1	2	3	4
58.	Αίσθηση βάρους στα χέρια ή στα πόδια σας	0	1	2	3	4
59.	Σκέψεις για θάνατο	0	1	2	3	4
60.	Υπερβολική κατανάλωση φαγητού	0	1	2	3	4
61.	Να νιώθετε άβολα όταν οι άνθρωποι σας κοιτούν ή μιλούν για εσάς	0	1	2	3	4
62.	Να έχετε σκέψεις που δεν είναι δικές σας	0	1	2	3	4
63.	Να έχετε τάσεις να χτυπήσετε, να τραυματίσετε ή να βλάψετε κάποιον	0	1	2	3	4
64.	Να ξυπνάτε πολύ πρωί	0	1	2	3	4
Πόσο σας έχουν ταλαιπωρήσει;		Καθόλου	Λίγο (1 ή 2 φορές)	Μέτρια (Σποραδικά 3 ή 4 φορές)	Αρκετά (5 ή 6 φορές)	Εξαιρετικά (κάθε μέρα)
65.	Να πρέπει να επαναλάβετε τις ίδιες κινήσεις, όπως να αγγίζετε, να μετρήσετε ή να πλύνετε	0	1	2	3	4
66.	Ανήσυχος ή διαταραγμένος ύπνος	0	1	2	3	4
67.	Να έχετε τάσεις να σπάσετε ή να χτυπήσετε πράγματα	0	1	2	3	4
68.	Να έχετε ιδέες ή απόψεις που οι άλλοι δε συμμερίζονται	0	1	2	3	4
69.	Να νιώθετε αμήχανα με άλλους	0	1	2	3	4
70.	Να νιώθετε άβολα σε πλήθη, όπως όταν	0	1	2	3	4

	ψωνίζετε ή στον κινηματογράφο					
71.	Να νιώθετε ότι πρέπει να καταβάλετε προσπάθεια για τα πάντα	0	1	2	3	4
72.	Κρίσεις τρόμου ή πανικού	0	1	2	3	4
73.	Να νιώθετε άβολα όταν τρώτε ή πίνετε δημόσια	0	1	2	3	4
74.	Να έχετε συχνές λογομαχίες	0	1	2	3	4
75.	Να νιώθετε νευρικότητα όταν μένετε μόνοι	0	1	2	3	4
76.	Να μην αναγνωρίζουν οι άλλοι όπως πρέπει τις επιτυχίες σας	0	1	2	3	4
77.	Να νιώθετε μοναξιά ακόμη και όταν είστε με κόσμο	0	1	2	3	4
78.	Να νιώθετε ανησυχία και να μην μπορεί να καθίσετε ακίνητοι	0	1	2	3	4
79.	Να νιώθετε ότι δεν αξίζετε	0	1	2	3	4
Πόσο σας έχουν ταλαιπωρήσει;		Καθόλου	Λίγο (1 ή 2 φορές)	Μέτρια (Σποραδικά 3 ή 4 φορές)	Αρκετά (5 ή 6 φορές)	Εξαιρετικά (κάθε μέρα)
80.	Η αίσθηση ότι κάτι κακό πρόκειται να σας συμβεί	0	1	2	3	4
81.	Να φωνάζετε ή να πετάτε πράγματα	0	1	2	3	4
82.	Να φοβάστε ότι θα λιποθυμήσετε μέσα σε κόσμο	0	1	2	3	4
83.	Να νιώθετε ότι οι άλλοι θα σας εκμεταλλευτούν αν τους αφήσετε	0	1	2	3	4
84.	Να έχετε σκέψεις για το σεξ που σας ενοχλούν έντονα	0	1	2	3	4

85.	Η ιδέα ότι θα πρέπει να τιμωρηθείτε για τις αμαρτίες	0	1	2	3	4
86.	Τρομακτικές σκέψεις και εικόνες	0	1	2	3	4
87.	Η ιδέα ότι κάτι σοβαρό συμβαίνει στο σώμα σας	0	1	2	3	4
88.	Να μη νιώθετε ποτέ κοντά σε ένα άλλο άτομο	0	1	2	3	4
89.	Αίσθημα ενοχής	0	1	2	3	4
90.	Η ιδέα ότι κάτι δεν πάει καλά με το μυαλό σας	0	1	2	3	4

ΚΛΙΜΑΚΑ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΠΡΟΣΑΡΜΟΣΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΣΥΝΟΧΗΣ

ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

Παρακαλούμε βάλτε σε κύκλο έναν από τους αριθμούς που ακολουθούν δίπλα σε κάθε μία από τις παρακάτω προτάσεις. Δεν υπάρχει σωστή ή λάθος απάντηση. **1= Σχεδόν Ποτέ, 2= Πού και Πού, 3= Μερικές Φορές, 4= Συχνά και 5 = Σχεδόν Πάντα.**

	Παρακαλούμε περιγράψτε την οικογένειά σας <u>όπως είναι τώρα:</u>	Σχεδόν Ποτέ	Πού και Πού	Μερικές Φορές	Συχνά	Σχεδόν Πάντα
1	Τα μέλη της οικογένειάς μου ζητούν βοήθεια το ένα από το άλλο	1	2	3	4	5
2	Στη λύση των προβλημάτων ακολουθούνται οι υποδείξεις των παιδιών	1	2	3	4	5
3	Εγκρίνουμε ο ένας τους φίλους του άλλου	1	2	3	4	5
4	Τα παιδιά έχουν λόγο σε θέματα που αφορούν την πειθαρχία τους	1	2	3	4	5
5	Μας αρέσει να κάνουμε διάφορα πράγματα ως οικογένεια	1	2	3	4	5
6	Στην οικογένειά μου διαφορετικά πρόσωπα είναι αρχηγοί	1	2	3	4	5
7	Νιώθουμε πιο κοντά με τα άτομα της οικογένειάς μου παρά με άτομα έξω από αυτήν	1	2	3	4	5
8	Στην οικογένειά μου αλλάζει ο τρόπος με τον οποίο αντιμετωπίζουμε διάφορα θέματα	1	2	3	4	5
9	Προτιμάμε να περνάμε τον ελεύθερο χρόνο μεταξύ μας	1	2	3	4	5

10	Στην οικογένειά μου γονείς και παιδιά συζητούν τις τιμωρίες τους	1	2	3	4	5
11	Νιώθουμε πολύ κοντά ο ένας στον άλλο	1	2	3	4	5
12	Στην οικογένειά μου τις αποφάσεις τις παίρνουν τα παιδιά	1	2	3	4	5
13	Είμαστε όλοι παρόντες στις οικογενειακές συγκεντρώσεις	1	2	3	4	5
14	Στην οικογένειά μου οι κανόνες αλλάζουν	1	2	3	4	5
15	Μπορούμε εύκολα να σκεφτούμε και να κάνουμε διάφορα πράγματα ως οικογένεια	1	2	3	4	5
16	Η ευθύνη του σπιτιού περνά από άτομο σε άτομο	1	2	3	4	5
17	Συμβουλευόμαστε ο ένας τον άλλο σχετικά με τις αποφάσεις μας	1	2	3	4	5
18	Είναι δύσκολο να πεις ποιος είναι αρχηγός στην οικογένειά μου	1	2	3	4	5
19	Η συνοχή της οικογένειας μου είναι πολύ σημαντική	1	2	3	4	5
20	Στην οικογένειά μου είναι δύσκολο να πεις ποιος κάνει ποιες δουλειές του σπιτιού	1	2	3	4	5

	Παρακαλούμε περιγράψτε πώς <u>θα θέλατε να είναι</u> η οικογένειά σας:	Σχεδόν Ποτέ	Πού και Πού	Μερικές Φορές	Συχνά	Σχεδόν Πάντα
21	Τα μέλη της οικογένειάς μου να ζητούσαν βοήθεια το ένα από το άλλο	1	2	3	4	5
22	Στην λύση των προβλημάτων να ακολουθούνταν οι υποδείξεις των παιδιών	1	2	3	4	5
23	Να εγκρίναμε ο ένας τους φίλους του άλλου	1	2	3	4	5
24	Τα παιδιά να είχαν λόγο σε θέματα που αφορούν την πειθαρχία τους	1	2	3	4	5
25	Να μας άρεσε να κάναμε πράγματα ως οικογένεια	1	2	3	4	5
26	Στην οικογένειά μου να ήταν αρχηγοί Διαφορετικά πρόσωπα	1	2	3	4	5
27	Να νιώθαμε πιο κοντά ο ένας στον άλλο παρά σε άτομα έξω από την οικογένεια	1	2	3	4	5
28	Στην οικογένειά μου να άλλαζε ο τρόπος με τον οποίο αντιμετωπίζουμε διάφορα θέματα	1	2	3	4	5
29	Να προτιμούσαμε να περνάμε τον ελεύθερο χρόνο μας μεταξύ μας	1	2	3	4	5
30	Στην οικογένειά μου γονείς και παιδιά να συζητούσαν τις τιμωρίες μεταξύ τους	1	2	3	4	5
31	Να νιώθαμε πολύ κοντά ο ένας στον άλλο	1	2	3	4	5
32	Στην οικογένειά μου τις αποφάσεις να τις έπαιρναν τα παιδιά	1	2	3	4	5
33	Να είμαστε όλοι παρόντες στις οικογενειακές					

	συγκεντρώσεις	1	2	3	4	5
34	Να άλλαζαν οι κανόνες στην οικογένειά μου	1	2	3	4	5
35	Να μπορούσαμε εύκολα να σκεφτούμε και να κάνουμε διάφορα πράγματα ως οικογένεια	1	2	3	4	5
36	Η ευθύνη του σπιτιού να περνούσε από άτομο σε άτομο	1	2	3	4	5
37	Να συμβουλευόμαστε ο ένας τον άλλο σχετικά με τις αποφάσεις μας	1	2	3	4	5
38	Να ήταν εύκολο να πεις ποιος είναι ο αρχηγός στην οικογένειά μου	1	2	3	4	5
39	Η συνοχή της οικογένειας να ήταν πολύ σημαντική	1	2	3	4	5
40	Να ήταν εύκολο να πεις ποιος κάνει ποιες δουλειές του σπιτιού στην οικογένειά μου	1	2	3	4	5

12.0. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Ανδρουτσοπούλου, Α., 2004. Συστημική και οικογενειακή και οικογενειακή θεραπεία. Κριτική ανασκόπηση των μετανεωτερικών εξελίξεων. *Ψυχολογία*, 2004, 11(4), σελ. 512-528.
2. Ackerman, N.W (1970). Family therapy in transition. *Boston: Little, Brown*.
3. Arpin K., Fitch M., Browne G & Corey P., (1990). Prevalence and correlates of family disfunction and poor adjustment to chronic illness in specialty clinics. *Journal of Clinical Epidemiology* 43(4), 373-383.
4. Bandler, R., Grinder, J, & Satir, VM (1976). Changing with families. Palo Alto, CA: *Science and Behavior Books*.
5. Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: PrenticeHall.
6. Baffity T. (1999). Interpersonal relations in family and psychosomatic health. A systemic approach [dissertation]. Athens University.
7. Bertalanffy, L., von (1968). General Systems Theory. *New York: George Brazillier*.
8. Bowen, M.(1978). Family therapy in clinical practice. New York: Aronson.
9. Bowlby J. and Ainsworth M., Bretherton I (1992). The origins of attachment theory, *Reference: Developmental Psychology* (1992), 28, 759-775.
10. Browne, G., Roberts, J., Weir, R., Gafni, A., Watt, S., Byrne, C. (1993). The cost of poor adjustment to chronic illness: lessons from three studies. *Health & Social Care* 2, p. 85-93.
11. Bross, A., & Benjamin, M., (1982). Family therapy: A recursive model of strategic practice. In A. Bross (Ed.), *Family Therapy: Principles of strategic practice*. New York: Guilford Press.

12. Carter, E. A., & McGoldrick, M. (1980). The family life cycle: A framework for family therapy, *New York: Gardner Press*.
13. Cassileth B.R., Lusk E.J., Strouse T.B., Miller D.S., Brown L.L., Cross, P.A., & Tenaglia A.N. (1984). Psychosocial status in chronic illness. *New England Journal of Medicine* 311, 506-511.
14. Clark, M.S., Rubenach, S., Winsor, A., (2003). A randomized controlled trial of an education and counselling intervention for families after stroke. *Clin Rehabil* July 2003 vol. 17 no. 7703-712
15. Crick, N. R., & Zahn-Waxler, C. (2003). The development of psychopathology in females and males: Current progress and future challenges. *Development and Psychopathology*, 15, 719–742.
16. Dadds, M. R., Schwartz, S., & Sanders, M. R. (1987). Marital discord and treatment outcome in behavioral treatment of child conduct disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 396-403.
17. Databases A. YAF, 1988 and C. YOFKA, 1995 in Table 2 of the Appendix; Farina & Galimberti, 1993; Scabini & Galimberti, 1995.
18. Derogatis, L., (1994). *SCL-90R, Administration, Scoring and Procedures manual*, Minneapolis, MN: National Comp. Systems.
19. Diareme, S., et al. (2009). Emotional and behavioural difficulties in children of parents with multiple sclerosis, A controlled study in Greece. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 15, 309–318.
20. Downey, G., & Coyne, J. C. (1990). Children of depressed parents: An integrative review. *Psychological Bulletin*, 108, 50-76.
21. Emde, R.N., Plomin, R., Robinson, J., Corley, R., Defries, J., Fulker, D.W., Reznick, J.S., Campos, J., Kagan, J., & Zahn-Waxler, C (1992). Temperament, emotion, and cognition at fourteen months: The MacArthur Longitudinal Twin Study. *Child development*, 63, 1437-1455.
22. Fairbairn, W.R.D., (1952). *Psychoanalytic studies of the personality*. London: Tavistock publications.

23. Nathan B. Epstein*Duane S. Bishop**Sol Levin, 1978.The McMaster Model of Family Functioning. *JOURNAL OF MARRIAGE AND FAMILY COUNSELING* .October 1978
24. Fairbairn, W.R.D., (1952). *Psychoanalytic studies of the personality*. London: Tavistock Publications.
25. Fornari, V. et al. (1999). Perception of family functioning and depressive symptomatology in individuals with anorexia nervosa or bulimia nervosa. *Comprehensive Psychiatry*, vol 40 no 6, 434-441.
26. Giannakopoulos. G., Mihas, C., Dimitrakaki, C., Tountas. Y., 2009. Family correlates of adolescents' emotional behavioural problems: evidence from a Greek school based sample. *ActaPaediatr*.23009 Aug:98(8):1319-23. *Epub* 2009 Apr. 27.
27. Goldenberg, I., & Goldenberg, H. (2005). *Οικογενειακή Θεραπεία, μια επισκόπηση*. Αθήνα:ΕΛΛΗΝ.
28. Γεώργας, Δ. (2000). Η ψυχοδυναμική της οικογένειας στην Ελλάδα: Ομοιότητες και διαφορές με άλλες χώρες. στο Α. Καλαντζή-Αζίζι και Η. Γ. Μπεζεβέγκη (επ.). *Θέματα επιμόρφωσης/ευαισθητοποίησης στελεχών ψυχικής υγείας παιδιών και εφήβων* (σελ. 115-118). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
29. Γεώργας, Δ. (2006). Η ελληνική οικογένεια. Στο Παιδί, οικογένεια, σχολείο. Αθήνα: Γενική Γραμματεία Εκπαίδευσης Ενηλίκων – ΙΔΕΚΕ.
30. Hedlund, S., Fichter, M.M., Quadfielg, N. & Brandl, C. (2003). *Expressed emotion, family environment, and parental bonding in bulimia nervosa: A 6 year investigation*. *Eat weight Disorders*, 1:26-35.
31. Henderson, A. D., Sayger, T. V., Horne, A. M., (2003). Mothers and sons: a look at the relationship between child behavior problems, marital satisfaction, maternal depression and family cohesion. *The family journal: counseling and therapy for couples and families*, 11 (1) 33-41.
32. Jackson, D.D (1965b). The study of the family. *Family Process*, 4 (1), 1-20.

33. Kabakoff RI, Miller IW, Bishop DS, Epstein NB, Keitner GI (1990). A psychometric study of the McMaster Family Assessment Device in psychiatric , medical and non-clinical samples. *J Fam Psychol* 3, 431-439.
34. Kantor, D., & Lehr, W. (1975). *Inside the family*. San Fransisco:Jossey-Bass.
35. Keitner, G. I., Archambault, R., & Ryan, C. E. (2003). Family therapy and chronic depression, *Wiley Periodicals, Inc.*, 59, 8: 873-884.
36. Kerr, M.E., & Bowen M. (1988). Family evaluation: An approach based o Bowen theory. *New York: Norton*.
37. King, C.A., Segal, H.G., Naylor, M. and Evans, T., Family functioning and suicidal behavior in adolescent inpatients with mood disorders, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 1198-1206, 1993.
38. Klein, M. (1952). The origins of transference. *International Journal of Psychoanalysis*, 33,433-38.
39. Knappe, S. , Beesdo, K. , Fehm ,L., Ho“fler ,M., Lieb, R., Wittchen, H. (2009). Do parental psychopathology and unfavorable family environment predict the persistence of social phobia? *Journal of Anxiety Disorders* 23, 986–994.
40. Kochanska, G., & Aksan, N., (2004). Development of mutual responsiveness between parents and their young children. *Child development*, vol.75, no 6, 1657-1676.
41. Κατάκη, Χ., (2012). *Οι τρεις ταυτότητες της ελληνικής οικογένειας*. Αθήνα: Πεδίο.
42. Κιτσάκη, Β. (2007). Οικογενειακή συνοχή, οικογενειακή προσαρμοστικότητα και επαγγελματική ικανοποίηση γονέων. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, No 98. Notes: Τριμηνιαία Περιοδική Έκδοση της Επιστημονικής Ένωσης του ΨΝΑ.
43. L'Abbate, L (1994). Family evaluation:A psychological approach. Thousand Oaks, CA: Sage.

44. Spyridoula Levidioti Lekkou 2006. Mental health, self-esteem, sense of coherence, family functioning and life attitudes in Swedish and Greek Adolescents . *Adolescents' voices*.
45. Lavee Y., Avisar Y., (2006). Use of standardized assessment instruments in couple therapy: the role of attitudes and professional factors. *Journal of Marital and Family Therapy*. April 2006, Vol.32, No.2, 233-244.
46. Lemelin, G., et al. (2009). Étude du fonctionnement familial et de la symptomatologie des enfants présentant un TDA/H. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 57, 392–403.
47. Lieb, R., Wittchen, H.U., et al (2000). Parental psychopathology, parenting styles and the risk of social phobia in offspring (2000).
48. Li Ming Wen^{1,2}, Judy M. Simpson¹, Louise A. Baur^{1,3}, Chris Rissel^{1,2} and Victoria M. Flo Family Functioning and Obesity Risk Behaviors: Implications for Early Obesity Intervention *Obesity* (2011) 19, 1252–1258.
49. Lucia, V.C., 2002. Family cohesion and children's behavior problems: a longitudinal investigation. *Psychiatry Res.* 2006 Feb. 28:141(2):141-9. Epub 2006 Jan 18.
50. Λέκκου, Σ., Astrom, T., Hagglof, B., (2008). Λειτουργικότητα της οικογένειας και ψυχική υγεία: μια διαπολιτισμική μελέτη Ελλήνων και Σουηδών εφήβων. Παιδί και έφηβος. *Ψυχική Υγεία και Ψυχοπαθολογία, Τόμος 10, Τεύχος 2, 2008*.
51. McKay, J. R., Maisto, S. A., Beattie, M. C., Longabaugh, R., & Noel, N. E. (1993). Differences between alcoholics and spouses in their perceptions of family functioning. *Journal of substance abuse treatment*, 10, 17-2
52. McLeod, J., (2003). *Εισαγωγή στη συμβουλευτική*. Αθήνα: Μεταίχμιο.
53. Meissner, W.W. (1980). A note on projective identification. *Journal of American Psychoanalysis*, 28, 43-65.
54. Miller IW, Kabacoff RI, Keitner GI, Epstein NB, and Bishop DS (1986). Family Functioning in the Families of Psychiatric Patients. *Comprehensive Psychiatry*, Vol. 27, No. 4 (July/August), 1966, 302-312

55. Miller, I.W., Kabacoff, R. I., Epstein, N.B., Bishop, D.S., Keitner, G.I., Baldwin, L. & van der Spuy, H. (1994). The development of a Clinical Rating Scale for the McMaster Model of Family Functioning. *Family Process*, 33, 53-69.
56. Miller, I. W., Ryan, C. E., Keitner, G. I., Bishop, D. S., & Epstein, N. B. (2000). The McMaster Approach to Families: theory, assessment, treatment and research. *Journal of Family Therapy*, 22(2), 168-189. doi: 10.1111/1467-6427.00145
57. Minuchin, S. (1974). Families and families therapy. Cambridge, MA:Harvard University Press.
58. Montreuil, M., & Doron, J. (2007). *Psychologie Clinique et Psychopathologie*. Paris:PUF.
59. Muncie, J., Wetherell, M., Langan, M., Dallos, R., Cochrane, A., (2009). Η μελέτη και κατανόηση της οικογενειακής ζωής. Αθήνα : Μεταίχμιο.
60. Μωρόγιαννης, Φ., 2000.ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ. Διδακτορική διατριβή. Ιωάννινα, 2000. (Επιδημιολογική έρευνα σε μαθητές Λυκείου στο Νομό Ιωαννίνων)
61. Nichols, W.C., & Everett, C.A. (1986). Systemic Family Therapy: *An integrative approach*. New York: Guilford Press.
62. Ντώνιας, Σ., Καραστεργίου, Α., Μάνος, Ν., (1991). Στάθμιση της κλίμακας ψυχοπαθολογίας *Symptom Checklist, 90R* σε ελληνικό πληθυσμό.
63. Olson, D.H. (1993). Circumplex Model of Marital and Family Systems. In F. Wals (Ed.), *Normal Family Processes*. (2nd Ed.). New York: Guilford Press.
64. Olson, D. H., Portner, J. and Lavee, Y., Faces III. Department of Family Social Science, University of Minnesota, 1985.
65. Patterson, T. (1997). Theoretical unity and technical eclecticism:Pathways to coherence in family therapy. *American Journal of Family Therapy*, 25, 97-109.
66. Millikan, E., (2002). Perceptions of the Family, Personality Characteristics, and Adolescent Internalizing Symptoms.

67. Plomin, R., Emde, R.N., Braungart, J.M., Campos, J., Corley, R., Fulkner, D.W., Kagan, J., Reznick, J.S., Robinson, J., Zahn-Waxler, C., & Defries, J.C. (1993). Genetic change and continuity from fourteen to twenty months: The MacArthur Longitudinal Twin Study. *Child Development*, 64, 1354-1376.
68. Porges W. S, (2001). The polyvagal theory. *International Journal of Psychophysiology* 42 , 123-146.
69. Παπαδιώτη-Αθανασίου, Β., 2000. Οικογένεια και όρια. Συστημική προσέγγιση. Ελληνικά Γράμματα. Αθήνα: 2000.
70. Παρασκευόπουλος, Ι. (1985). *Εξελικτική ψυχολογία*, τόμος 1, σελ. 196-214. Αθήνα: 1985
71. Πιλήσης, Θ., (2010). ΣΥΣΤΗΜΙΚΗ ΘΕΩΡΙΑ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ. *E -Journal of Science & Technology (e-JST) ,e-Περιοδικό Επιστήμης & Τεχνολογίας*, 5(5) Σεπτέμβριος 2010, σελ. 41-47.
72. Roberts, W., & Strayer, J. (1996). Empathy, emotional expressiveness and prosocial behavior. *Child development*, 67, 449-470.
73. Rossi, A., & Rossi, P., (1990). *Of human bonding: parent-child relations across the life course*. New York: Aldine de Gruyter.
74. Ρήγα, Α.Β., (2012). *Η οικογένεια στην Ελλάδα σήμερα*. Αθήνα: Πεδίο.
75. Satir, V.M. (1972). *Peoplemaking*. Palo Alto, CA: Science and Behaviour Books.
76. Sawyer, M. G., Sarris, A., Baghurst, P. A., Cross, D. G. et-al. (1988). Family assessment device: Reports from mothers, fathers, and adolescents in community and clinic families. *Journal of Marital and Family Therapy*, 14, 287-296.
77. Soumaki, E., Kolaitis, G., Christogiorgos, S., Assimopoulos, C., Agapiou, P.M., & Tsiantis, J. (2009). Psychological factors in children and adolescents with epilepsy and their families. *Review of Clinical Pharmacology and Pharmacokinetics, International Edition*, 23(2), 59-66.

78. Stevenson-Hinde, J., Akister, J., The McMaster Model of Family Functioning: Observer and Parental Ratings in a Nonclinical Sample. *Fam. Proc* 34:337-347, 1995.
79. Σταθαρού, Α., Παπαθανασίου, Ι., Γκούβα, Μ., Μασδράκης, Β., Μπερκ, Α., Νταραγιάννης, Δ., & Κοτρώτσιου, Ε. (2011). Διερεύνηση της επιβάρυνσης φροντιστών ψυχικά ασθενών, *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*, 3, 2:59-69
80. Σταλίκας, Α. (2002). *Τα ψυχομετρικά εργαλεία στην Ελλάδα*. Αθήνα:Ελληνικά Γράμματα.
81. Takayuki Nakataa, Sandra E. (2004). Infants' responsiveness to maternal speech and singing. *Infant Behavior & Development* 27, 455–464.
82. Tiffin, P.A., Pearce, M.S., Kaplan, C., Fundudis, T., and Parker, L. (2007). Recollections of parental style and perceptions of current family functioning at age 50. *Journal of Family Therapy*, No 29:169-182, 2007.
83. Τσαμπάρλη, Α. (2004). *Η ψυχαναλυτική προσέγγιση της οικογένειας*. Αθήνα :Ατραπός.
84. Τσαμπάρλη Α., Αθανασιάδης Η., Κουνενού Κ. (2011). Η έννοια της οικογένειας στους νέους ενήλικες. Τετράδια Ψυχιατρικής
85. Watzlawick, P. (1986). *Η Γλώσσα της Αλλαγής*, Αθήνα, Κέδρος.
86. Watzlawick, P., Beavin, J.H., & Jackson, D.D., (1967). *Pragmatics of human communication*. New York:Norton.
87. Weigel DJ (2008) The concept of family: An analysis of laypeople's views of family. *Journal of Family Issues* 29: 1426-1447.
88. Westley, W.A., & Epstein, N.B. *The silent majority*. San Fransisco: Jossey-Bass, 1969.
89. Willem F. M.d.B. Wenniger,¹ Harry Garst,² and Gideon J. Mellenbergh, (1993). THE DUTCH VERSION OF THE McMASTER FAMILY ASSESSMENT DEVICE (FAD-N) INVESTIGATED IN A SAMPLE OF HEALTHY FAMILIES.

90. Yu, DL, Selingman, MEP, 2002. Preventive Depressive Symptoms in Chinese children. *Prevention and treatment*, vol.5, art.9, posted May 8.
91. Y. Günindi, F. Tezel Şahin, H. Demircioğlu, Functions of the family: Family structure and place of residence, *Energy Education Science and Technology Part B: Social and Educational Studies* 01/2012; 4(1):549-556.

Στέλλα Κοσμά